BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

Brugnoli cav. prof. Giovanni - Direttore

Bacchi dott. Alessandro
Belluzzi dott. Cesare
Capuri dott. Antonio
Gamberini cav. prof. Pietro
Giovanini dott. Antonio
Golinelli dott. Leopoldo
Rizzoli prof. comm. Francesco
Vella prof. cav. Luigi
Verardini cav. dott. Ferdinando

Anno XLIV. Ser. V. Vol. XVI.

Ottobre 1873

BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1873

INDICE DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL FASCICOLO DI OTTOBRE 1873

MEMORIE ORIGINALI

Osservazioni di anatomia patologica. — Severi *dott.* Domenico. pag. 225
Caso di placenta previa completa. — Tani *dott.* Gioachino. . » 257

TRADUZIONI E RISTAMPE

La Sinfisiotomia in Napoli. — Novi *prof.* R. *(continua)* . . » 264

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Alterazioni anatomiche nel colera. — Hayen. . . . . » 277
Estirpazione di un rene . . . . . » 280
Siroppo di latte con borato di soda. — Pavesi . . . . . » 281
Caustico al solfato di zinco. — Simpson . . . . . » 284
Disinfettante per le latrine nell'epidemia colerica. — Marchetti » 285
Sulla natura e la quantità dei principj attivi del fumo di tabacco assorbiti dai fumatori e sugli effetti che producono nell' economia animale. — Le Bon . . . . . » 286

VARIETÀ

Dello studio e dell' insegnamento dell' Anatomia in Italia nel medio evo ed in parte del cinquecento. — Corradi *prof. cav.* Alfonso *(continua)* . . . . . » 291

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. WellMOmec
Coll.
No.

Memorie Originali

—

OSSERVAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA. — Pel Dott. **DOMENICO SEVERI**, già Supplente di Clinica Chirurgica e Dissettore nel Museo d' Anatomia patologica della R. Università di Bologna.

1. — *Lipoma sottopelvico del rene sinistro.* Preparato N. 1932 del Museo d'Anatomia patologica di Bologna. (Tav. I. Fig. 1).

La neoplasia sporge alla parte anteriore ed interna del rene sinistro. Giace sotto la capsula propria dell' organo, la quale viene per tale modo dal tumore distesa. Il tumore grosso quanto un ovo di tacchina, ha forma irregolarmente conica, con un apice smusso, diretto verso la linea mediana del corpo ed una base che si approfonda nell' interno del rene. La faccia profonda del tumore si mette in rapporto coi grossi vasi del rene e coll' uretere. La superficie del neoplasma presenta delle eminenze appianate e liscie di diversa grandezza. La consistenza del medesimo è variabile: in alcuni punti notevole, in altri mediocre, finalmente alla parte più rilevata dei rialzi notati alla superficie, la mollezza è tale da dare al palpamento il senso della fluttuazione. L' aspetto

del tumore nei punti rilevati è bianco-giallo, negli altri bianco-grigio.

Sezionando l' organo nel modo consueto, incidendolo cioè a tutta spessezza con un taglio che parta dal suo margine convesso ed arrivi fino all' ilo, si vede come la neoproduzione rimanga sotto la pelvi renale, la cui metà anteriore è stata spinta nell' interno dell' organo e precisamente contro la metà posteriore della pelvi stessa. Alla sua parte più profonda la massa neoformata, è divisa in due lobi pressochè eguali, separati tra loro mediante un tessuto fibroso, il quale non ha nè col rene, nè colla neoplasia che un rapporto di contiguità, essendo esso una porzione della pelvi che originariamente si approfondava nel tessuto renale, abbracciando gli apici delle piramidi del *Malpighi*. Il tessuto della neoformazione, massíme in quella parte che costituisce i due lobi, al taglio mostra numerose e grandi aperture vasali. In alcuni di questi vasi havvi sangue coagulato, in altri sangue fluido in molta copia.

Per ciò che riguarda lo stato dei vasi emulgenti e dell' uretere è a notarsi che la sola arteria è alcun poco dilatata, innanzi di addentrarsi nel tessuto renale, ma la vena ha calibro e pareti normali. L' uretere è alcun poco assottigliato ed è meno grosso dell' uretere del rene destro, il quale ultimo non presenta alterazione di rilievo.

All' esame microscopico del tumore il suo tessuto è formato da un reticello di connettivo assai delicato, entro alle maglie del quale sono annidate in copia straordinaria semplici cellule adipose. Numerosi depositi di cristalli, sotto forma di aghi e di rosette, si rinvengono lungo i sepimenti connettivi in quelle porzioni che più si presentano rammollite.

Ciò che attirò più davvicino la mia attenzione e che deve interessare l' anatomo-patologo era lo stato in cui

trovavasi il parenchima dell' organo, che passo ora a descrivere.

Nella porzione di rene dove la compressione del neoplasma non ha di soverchio agito, il tessuto renale è ridotto alla spessezza di circa tre o quattro millimetri nella sostanza corticale; la midollare mostra le sue piramidi più corte e più esili. Tanto in questa che in quella l' anemia è manifestissima e vi si notano numerosissime piccole cisti. Alcune di esse hanno però raggiunto il volume di un pisello, le altre non superano quello di una capocchia di spillo.

Esaminato al microscopio il parenchima renale mostra in questi luoghi l' obsolescenza di molti canali uriniferi e le cavità delle cisti descritte superiormente.

Le alterazioni più rimarchevoli si trovano colà ove il tumore sporge sotto la capsula propria dell' organo. Quivi il tessuto renale è scomparso quasi del tutto, come alla parte più rilevata delle eminenze, oppure è ridotta, come nei solchi che dividono le eminenze stesse, ad una lamina sottilissima, nella quale stentasi a riconoscere la struttura non già del rene, ma di un organo glandulare qualunque. La parte che si interpone ai noduli formanti, come si è detto, l' apice del cono, è un tessuto duro, resistente, splendente, composto di fasci fibrosi i quali variamente disposti circoscrivono numerose cavità di forme e di dimensioni svariate. Queste cavità sono riempite, come le cisti notate nella sostanza piramidale e nella corticale, di un liquido sottile e trasparente.

Questo tessuto duro e splendente si compone di trabeccole più o meno grosse che contengono scarsi elementi morfologici allungati, con grande quantità di sostanza intercellulare omogenea e liscia. In mezzo a questi sepimenti si trova quà e là un detritus di cellule sotto forma di granuli, riuniti a gruppi più o meno grossi e a qualche poco di pigmento di colore giallo-rosso.

È appunto in alcuna di codeste località ove il tumore ha preso aderenze solide colla capsula propria dell' organo e dove le nodosità che lo costituiscono si presentano come rammollite e fluttuanti.

Le porzioni di rene a qualche distanza della neoplasia, hanno aspetto quasi normale, e consistenza fisiologica; sono però anemiche e nella corticale presentano qualche rara cisti.

Le lesioni che ho brevemente accennate sono presso a poco quelle che si rinvengono nei reni affetti da morbo di *Bright* al 2° stadio. Solo la esistenza delle nunumerose cisti vi farebbe eccezione. Di essa però trovasi facile spiegazione pensando come il tumore, addossando e comprimendo la metà anteriore della pelvi contro la posteriore, non poteva a meno di difficultare l'uscita dell' urina dalle piramidi e quindi dai tubuli della corticale. Questa circostanza assieme al fatto dell' atrofia del parenchima secernente, ci spiega ancora come non siasi prodotta in questo caso una parziale idronefrosi. Infatti contemporaneamente all' impedita flussione della urina, accadeva di pari passo l' obsolescenza dell' organo secretore della medesima. La pressione dunque del liquido verso le parti periferiche della pelvi, rimaneva presso a poco sempre identica.

Oltre alle lesioni del rene ve ne era un altra che rendeva il caso anche di maggiore interesse. Il ventricolo sinistro del cuore si presentava ipertrofico. In media la spessezza delle sue pareti era quasi di due centimetri, la cavità poteva contenere a mala pena un cucchiaio di liquido. Al tempo stesso la forma esterna era benissimo conservata e gli orifizi valvolari perfettamente sani.

Il calibro, la direzione e le proprietà istologiche delle tonache arteriose dell' aorta erano fisiologiche.

Esisteva adunque una rilevante ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, senza che a produrla avessero concorso o vizii valvolari o altro impedimento nei grossi vasi che partono dal centro circolatorio.

Ai giovani che assistevano alla necroscopia io faceva rilevare come il rimpiccolimento della cavità ventricolare poteva essere in parte dovuto allo stato di contrazione muscolare delle carni del cuore, nell'atto della cessazione della vita. Poichè all'apertura del ventricolo sinistro erasi esso trovato vuoto affatto di sangue sia coagulato, sia liquido; ma soggiungeva che l' impiccolimento medesimo però era senza dubbio prevalentemente dovuto alla enorme spessezza delle pareti muscolari.

In quanto al lipoma sotto la pelvi renale sebbene esso non sia tanto raro quanto lo è il lipoma sviluppatosi primitivamente nel parenchima del rene, pure non si incontra di frequente. Neppure può dirsi evenienza comune che un tumore benigno, quale il lipoma, determini per la sua presenza le alterazioni rinvenute nel parenchima renale. Queste alterazioni sono piuttosto dovute alla sede del tumore, come ho già fatto osservare superiormente. Per ciò poi che riguarda l' ipertrofia cardiaca, a tutti è noto quale importanza fisio-patologica abbia questo reperto necroscopico nella questione tuttora dibattuta sul modo di formarsi l' ipertrofia del ventricolo sinistro nel morbo di *Bright*.

La teoria di *Traube* che spiega l' ipertrofia cardiaca attribuendola alla obliterazione dei capillari renali ed alla ritenzione d' una certa quantità di acqua nel sistema circolatorio, pei quali due elementi si accresce la tensione vasale arteriosa, trova nel caso suesposto una conferma, tanto nella esistenza del tumore che comprime l' arteria emulgente, quanto nelle lesioni di quasi tutto il parenchima renale, nel quale il circolo capillare non pote-

va compiersi che in un modo eccezionale ed affatto insufficiente.

La teoria di *Traube* però non deve essere applicata a tutti i casi indistintamente. *Bright*, *Bamberger* e *Rosenstein* avevano trovato infatti l' ipertrofia cardiaca anche in quello stadio del morbo di *Bright*, nel quale i reni si presentano ingrossati e dove non si può pensare ad occlusione dei capillari sanguigni. Questi Autori avevano allora cercato di spiegare la complicazione cardiaca colla crasi sanguigna alterata od attribuendola (forse con maggiore ragione) a predisposizioni individuali.

Qualunque peraltro possa essere la maniera colla quale vogliasi spiegare la complicazione in discorso, credo di non errare se, nel caso speciale da me esposto, io ammetto l' ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro *secondaria* e *dipendente* dal neoplasma e dalla successiva lesione renale.

2. — *Lobo sinistro del fegato rudimentario, ulcera rotonda dello stomaco, peritonite acutissima.* (Tav. I, Fig. 2).

In una necroscopia di donna morta per acutissima peritonite, eseguita nel laboratorio di Anatomia patologica di Bologna, mi è occorso di rinvenire una singolare anomalia del fegato che si presenta con straordinaria rarità. Perciò mi è sembrato importante il rendere di pubblica ragione questo fatto: tanto più perchè alla anomala disposizione del viscere che ora descriverò, si dovè, a mio modo di vedere, l' esito letale della malattia accaduto in modo tanto acuto.

L' enumerazione delle lesioni anatomo-patologiche riscontrate nelle cavità del cranio e del petto, non formerà

il soggetto di questa comunicazione; come quelle che soglionsi rinvenire in molti e molti cadaveri, e che perciò stesso non sarebbero nel caso presente che una inutile ripetizione di fatti ovii e frequentissimi. Terrò quindi parola delle alterazioni esistenti nella sola cavità addominale e di esse di quelle più particolarmente, che hanno maggiore importanza nel caso presente.

Alla semplice ispezione la parete anteriore del ventre è mediocremente ed uniformemente distesa. Col palpamento e colla percussione è facile il rilevare essere la distensione dovuta a certa quantità di gas raccolta nel cavo peritoneale, e a discreta copia di liquido che occupa le parti più declivi, nelle quali si ha distintissimo il senso della fluttuazione. Fatta nel modo consueto una incisione sui comuni integumenti nella linea mediana dell' addome ed approfondatala superiormente nella regione epigastrica fino a penetrare nel cavo peritoneale, l' aria nel medesimo raccolta esce con un fischio. Aperta poi la cavità addominale, per rispetto alla topografia dei visceri in essa contenuti, si nota lo stomaco che colla sua porzione pilorica occupa una parte dell' ipocondrio destro, mentre colla sua grande curvatura arriva sino quasi contro l' ombelico. Il grande omento è rattratto sopra se stesso e spostato alcun poco a sinistra, il colon trasverso vuoto ed avvizzito occupa una posizione più inferiore alla normale. La sierosa parietale è unita a tratti limitati, con leggieri strati di essudato di colore grigio sporco, alla sierosa viscerale e ciò massime verso le regioni laterali dell' addome. Sulle parti mediane l' essudato è più scarso assai e si è deposto sul foglio parietale del peritoneo come in placche, delle quali talune hanno assunto un colore rosso-scuro, tal' altre rosso-verde. Tanto nel piccolo bacino come nelle parti più declivi del resto della cavità addominale havvi raccolta di siero torbido, sanguinolento di

odore fetido. Le anse intestinali sono mediocremente distese da gas e talune di esse legate alle vicine con essudato di data recentissima. Le aderenze stabilitesi per questa guisa si distruggono quindi facilissimamente e la sierosa sottostante alle masse di essudato ha appena perduto un qualche poco del suo splendore naturale. La mucosa del crasso e dei tenui non presenta alcuna alterazione di rilievo, se non se una anemia piuttosto pronunziata.

Il quadro delle alterazioni non può essere più chiaro: si tratta di una peritonite acutissima, la quale in poche ore ha dovuto condurre a morte la donna.

Per rispetto alla causa di questa infiammazione non puossi rimanere incerti. Sulla faccia anteriore dello stomaco si nota una macchia scura di forma irregolarissima, che giace alla distanza di circa 4 centimetri dalla piccola curvatura e a 5 dal piloro. Alla parte centrale della macchia havvi un foro della grandezza di una grossa capocchia di spillo. I bordi della apertura perfettamente rotonda sono netti e come tagliati con uno stampo. L' apertura seguita attraverso la sierosa, la muscolare e la mucosa dello stomaco e mette così in comunicazione la cavità di questo col cavo peritoneale. Il tramite attraverso le membrane inspessite ed ingrossate ha forma come di imbuto, colla parte allargata all'interno dello stomaco, la parte ristretta in direzione opposta. La mucosa dello stomaco del resto normale si presenta solo al contorno dell'apertura dell'ulcera tumefatta, gonfia, infiltrata di sangue. L' ulcera rotonda dello stomaco, essendo addivenuta perforante, ha permesso a porzione delle materie contenute nello stomaco di versarsi, assieme a certa quantità di sangue, nella cavità del peritoneo, dando ivi luogo ad una infiammazione i cui caratteri ho già di sopra annunziati.

Il fegato spostato in alto occupa parte dell' ipocondrio destro. Il solo lobo destro sviluppato normalmente costituisce quasi esclusivamente la glandula epatica, mentre il suo lobo sinistro è ridotto a piccolissimo volume e quasi rudimentario.

La sostanza propria del fegato nel lobo destro è ovunque normale. Solo alla superficie anteriore che erasi fatta alcun poco laterale, essendosi il fegato rotato in qualche guisa da sinistra a destra e dall' indietro all' avanti attorno al suo asse verticale, si nota una neoproduzione poco rilevata, a superficie liscia, ma ineguale, di color bianco-grigio. Manifestamente formata dalla fusione di più noduli ha essa raggiunto il volume di una piccola noce avellana e presenta una forma conica. La base del cono è volta alla superficie dell' organo, l' apice irregolarmente foggiato s' addentra nella sostanza epatica. Il tumore ha contorni irregolari, netti però e distinti, e risulta composto di noduli grossi quanto una capocchia di spillo, separati gli uni dagli altri dalla sostanza epatica di aspetto normale. Il neoplasma è consistente, la superficie del taglio è netta e splendente in quelle porzioni che corrispondono ai noduli.

L' esame microscopico addimostra essere questi noduli formati di cellule linfoidi chiuse da un sottile strato di connettivo e separati gli uni dagli altri da tessuto epatico, nel quale ultimo le cellule sono alcun poco più piccole delle normali.

I diametri del lobo destro presi in centimetri danno le seguenti misure:

Verticale . . .	20
Trasversale . .	16
Antero-posteriore	6

Fatto adunque astrazione della neoproduzione linfoide assai limitata e dalla rotazione subita dal lobo destro esso può dirsi normale. La cistifellea riempita di bile di qualità normali, mostra che la funzione epatica non aveva per nulla sofferto e si compieva nel modo consueto.

Contrasta col lobo destro alcun poco ipertrofico la straordinaria piccolezza del lobo sinistro.

Esso ha la forma di una sottile lingua triangolare a bordi assottigliati, la cui base guarda il legamento ombelicale. I suoi diametri sono ridotti alle proporzioni seguenti.

Trasverso	centim.	3
Verticale	»	4 1[2
Antero-posteriore (al punto più grosso)	»	1

Le superficie di questo lobo tapezzate al solito dall'involucro peritoneale non offrono alcuna particolarità degna di rimarco, se si eccettui che i due fogli, quello cioè che ricopre la faccia anterior-superiore e l'altro della postero-inferiore assieme saldati mediante un leggiero strato di connettivo sottosieroso, costituiscono i margini assottigliati e taglienti del lobo sinistro. Alla faccia postero-inferiore havvi una specie di fettuccia rilevata di colorito roseo, disposta quasi ad albero, la quale è formata da un fascio vascolare che dirigesi dalla base del lobo sinistro verso i margini di esso dividendosi e suddividendosi. Il tessuto connettivo che attornia questi vasi è qualche poco inspessito e contribuisce a questa maniera a rendere più sensibile la rilevatezza formata dai vasi. Facendo un taglio trasversale e incidendo quindi a tutta spessezza il lobo sinistro si vede la sostanza epatica coi caratteri fisiologici normalmente disposta; termina essa con un confine irregolare sì, ma ben netto e distinto ver-

so i margini assottigliati, che come si è detto sono costituiti dai fogli peritoneali e da alcuni vasi che vi si diramano. Questi vasi appartengono nella massima parte al sistema della vena porta e in piccola proporzione (ben s' intende) all' arteria epatica. Vi si rilevano pure i condotti biliari. La vena porta manda come al solito un ramo entro al lobo sinistro, che però ha appena il diametro di due millimetri. La medesima anomalia si rileva pur anche nella arteria epatica, la quale stacca da sè un ramo esilissimo. L' esame accurato di questi vasi nulla fa riconoscere in essi di patologico. Le cellule del parenchima epatico si offrono all' esame microscopico non solo colle qualità normali in quanto a forma e costituzione, ma ciò che è più interessante esse hanno sviluppo e volume fisiologico.

Attorno al lobo sinistro così rimpiccolito non esistevano tumori che meccanicamente potessero esercitare sul medesimo una compressione alla quale appunto si potesse attribuire l' atrofia. Gli intestini che talora, allorchè sono distesi da gas ed allorquando la distensione loro duri per molto tempo, possono determinare nel tessuto epatico depressioni di molto rilievo, non solo non erano gonfi per raccolta di aria; ma come ho detto di sopra, il colon trasverso aveva una posizione più bassa ed era vuoto ed avvizzito.

Non poteva dunque attribuirsi ad azioni meccaniche venute dal di fuori il rimpiccolimento del lobo sinistro; come pure mancavano i dati anatomici sui quali fondarsi per ammettere una malattia intrinseca all'organo, causa del rimpiccolimento stesso.

La forma e il volume del fegato possono variare alterandosi o tutto l'organo o una sua porzione per malattie intrinseche, come l' epatite interstiziale, la sifilitica ec.; ma nel caso presente l'avere trovato tanto all'esame ma-

croscopico quanto istologicamente le cellule epatiche normalmente sviluppate, esclude senz' altro le malattie accennate di sopra; mentre lo stato dei vasi accenna già ad una condizione congenita e non acquisita.

Si tratta dunque di un arresto di sviluppo, di uno stato rudimentario del lobo sinistro del fegato che in questo caso particolare, per la malattia dello stomaco da cui era travagliata l' inferma, ha assunto un carattere particolare. Il lobo sinistro rudimentario non copriva colla sua faccia posteriore la faccia anteriore dello stomaco sulla quale si era appunto stabilita l' ulcera, ed il processo di mortifisazione non trovando ostacolo alcuno nella presenza del lobo sinistro ha potuto, senza avere almeno una remora al suo corso funesto, intaccare la sierosa del ventricolo, ulcerarla e versare così il contenuto della cavità dello stomaco in quella del peritoneo.

Io aveva adunque ragione di asserire fino dal principio che questo caso raro per se, era poi degno di essere sottoposto alla attenzione dei colleghi per la complicazione letale alla quale aveva pasivamente dato luogo.

(La Fig. 2 della Tav. I. mostra la faccia posteriore del fegato. A colpo d'occhio può vedersi l'enorme sproporzione del lobo sinistro la disposizione del fascetto vascolare ec.).

3. — *Paraepatite essudativa.* (Tav. I. Fig. 3).

Le deformità del fegato congiunte o nò all' impiccolimento del medesimo debbono la loro origine, allorquando sono acquisite, a due serie di alterazioni. Nella prima serie stanno i processi che geneticamente partono dagli elementi istologici dell' organo, come l' infiammazione interstiziale, la sifilitica; nella seconda quelli che sviluppandosi estrinsecamente all' organo, agiscono poi sul

medesimo solo meccanicamente. Tali sono ad esempio, i tumori, le anomale inserzioni di fasci muscolari del diaframma, i parassiti ec.

Una riduzione di volume piuttosto cospicua del fegato, nel suo diametro verticale e nell' antero-posteriore, appartenente alla seconda serie e che non è registrato nell' anatomia patologica, l' ho trovato nel cadavere di certo Trippa Francesco, d' anni 77, morto per acuta pericardite e pleurite doppia con essudato siero-fibrinoso all' Ospedale Maggiore di Bologna nel Marzo 1873. Avevasi ancora nel medesimo individuo ipertrofia escentrica del ventricolo sinistro del cuore.

La storia clinica della malattia per la quale venne meno il Trippa (che per il caso che vengo esponendo sarebbe interessante solo pei dati forniti dalla anamnesi), non la posso dare, poichè a quanto pare, il Trippa entrò allo Spedale in tale stato, da non sapere render conto delle malattie scontate per l' addietro.

Ecco ora i risultati della necroscopia che riguardano più davvicino il fegato. Aperta la cavità addominale non ne esce liquido e nemeno ne esiste nella cavità del piccolo bacino. Gli intestini tenui occupano la regione ombelicale e l' ipogastrica, il colon ascendente ed il trasverso sono enormemente distesi da gas, il grande omento è rattratto sopra se stesso e nei punti rattratti presenta delle macchie di grandezza varia, di colore bianco-latteo splendenti, consistenti come la cartilagine. Anche sulla superficie superiore del colon trasverso si notano le stesse macchie bianco-lattee in corrispondenza delle quali la sierosa mostrasi apparentemente ingrossata ed inspessita. Il fegato occupa l' ipocondrio destro, ma col suo limite inferiore non raggiunge l' arco costale corrispondente, sebbene siavi raccolta di siero abbondante assai nel cavo pleurale dello stesso lato.

Il bordo anteriore del fegato che nei casi normali è tagliente e segna un limite tra la faccia anteriore e la posteriore, è ingrossato ed arrotondato in guisa che quella si continua con questa, almeno nella porzione che corrisponde all' intero lobo destro, senza limite bene distinto. Tentando di introdurre le dita della mano tra diaframma e fegato per misurare l' altezza del diaframma medesimo si prova una resistenza la quale cede alle reiterate pressioni. Questa resistenza è dovuta a un tessuto connettivo che lega il fegato alla faccia corrispondente del diaframma. Il tessuto connettivo è molle, delicato, friabilissimo ed esiste si può dire in eguale misura e colle identiche proprietà su tutto il lobo destro.

Queste aderenze legano ancora, sebbene siano meno estese, il lobo sinistro dell' organo alle parti circostanti del diaframma. Anche su quest' ultimo, massime in vicinanza del centro tendineo si notano quelle macchie bianco-lattee, dovute al deposito di un essudato di colore bianco splendente molto resistente che si disse esistevano anche sul peritoneo che ricopre il colon trasverso.

La faccia profonda del fegato è quasi tutta immobilmente fissata alla faccia anteriore della parete posteriore addominale. In quelle porzioni però che corrispondono alla cistifellea e alla fessura trasversa le aderenze non vi si rinvengono. La vescichetta biliare è piena di liquido biliare prosciolto e non molto colorato.

Tanto la faccia profonda dell' organo quanto l' anteriore e superiore si presentano a bozze e rialzi irregolari assai, invece di essere liscie e splendenti. Questi rialzi sono di colore bianco-grigio, hanno al tatto consistenza quasi lapidea la quale è uguale tanto nelle parti rilevate come nelle depressioni o solchi che le dividono e attorniano.

La forma dell' insieme dell'organo è quella di un ovoide irregolare, allungato. Il diametro maggiore è il trasversale, mentre l' antero-posteriore ed il verticale sono ridotti a proporzioni relativamente assai minori.

La faccia anterior-superiore è inoltre percorsa da solchi profondi diretti dall'avanti all' indietro, varii per numero e profondità e paralelli all' andamento del legamento ombelicale. Anche al fondo di questi solchi la superficie dell' organo è sparsa come ovunque di rilevatezze e depressioni. In alcuni punti le rilevatezze sono come foggiate a noduli sferici o semisferici, mentre in altri esse hanno dato alla superficie medesima, essendo piccole e fitte, l' aspetto del fegato cirrotico. Ma mentre le parti rilevate nella cirrosi sono cedevoli in paragone alle porzioni depresse, qui invece sono esse resistenti e dure ugualmente e più delle parti depresse. In genere al palpamento il fegato è anormalmente consistente ed apparentemente indurito.

Tagliando trasversalmente l' organo si vede come esso sia tutt' attorno ravvolto da una specie di capsula più o meno grossa, a seconda delle diverse località. La maggiore spessezza di questa capsula si ha in corrispondenza della parte media del lobo destro e del bordo che divide la faccia anteriore della posteriore dell' organo. In questi punti raggiunge lo spessore di 10 millimetri; mentre nel resto e specialmente nei solchi essa non arriva che ai 3 o 4 millimetri. A questa capsula devesi per l' una parte la falsa consistenza del fegato, per l' altra l' essere la superficie di questo addivenuta apparentemente granulosa.

Nella Tav. I. Fig. 3 si è appunto rappresentato il fegato nella parte sinistra ricoperto ancora da questa capsula di cui può anche vedersi la spessezza enorme in *a b*.

La superficie del fegato, che rimane come compressa da questa capsula è sparsa pur essa di digitazioni di rial-

zi e di depressioni le quali stanno in rapporto per la grandezza, numero e configurazione colle bozze, coi rialzi e coi noduli della capsula esterna. La stessa figura 3 a destra mostra il fegato denudato della capsula e la superficie del medesimo si vede colle proprietà or ora accennate.

Il tessuto della capsula, che ovunque chiude e rinserra il fegato, di colore bianco-grigio splendente, non ha indotto nel parenchima di questo che alterazioni di pochissimo rilievo. Il tessuto epatico leggermente consistente si presenta coi suoi caratteri pressochè normali e solo si nota che il tessuto medesimo ha assunto un colorito giallo-verde quasi uniforme. Il centro di ciascun acino è pure contrassegnato da un punto scuro piuttosto largo, che rappresenta una sezione trasversa della vena centrale dell' acino o lobulo stesso. Ciascun lobulo è nettamente distinguibile dai circostanti, massime verso le parti periferiche dell' organo. Anche nelle parti che corrispondono ai solchi, notati sulla superficie della capsula e che si hanno ancora nella sostanza del viscere, il tessuto non presentasi in alcuna guisa alterato.

Verso la periferia i vasi interlobulari del fegato sono circondati da una certa copia di tessuto connettivo, il quale s' addentra nei lobuli epatici, seguendo i vasi intralobulari; accrescendo a questo modo la spessezza del reticello connettivo. Nelle sezioni microscopiche si rileva ancora come le cellule epatiche siano di volume pressochè normale, ma come esse inoltre contengano nel loro interno granuli di colore verdognolo. Il loro protoplasma è addivenuto per ciò leggermente granuloso, non contiene però gocce grassose.

A prima vista si sarebbe giudicato essere la nuova capsula formata dalla capsula propria dell'organo in preda ad irritazione e neoformazione. Ma vedendo che i tra-

mezzi connettivi che formano la capsula del *Glysson* non erano punto inspessiti, e sapendo d' altra parte che in tutti i casi ove la capsula propria del fegato è alterata, in tutti si ha una lesione di eguale natura nel connettivo che accompagna i vasi arteriosi e venosi, venne naturalmente il sospetto che all' alterazione in discorso, fosse totalmente estranea la capsula del *Glysson* od almeno che le alterazioni di questa e del parenchima epatico, microscopicamente rilevate di poco conto, fossero da ritenersi secondarie ed in rapporto indiretto colla causa che produsse il nuovo involucro.

Tentando di staccare dal tessuto epatico la capsula neoformata, introducendo uno specillo tra questa e quello, si vede come vi si riesca facilmente, conservando in pari tempo la superficie del fegato il suo splendore e la sua levigatezza pressochè normali. La faccia profonda della capsula aderisce al fegato con uno strato di connettivo delicatissimo, formato di briglie fittissime, corte ed esilissime. Le briglie esaminate al microscopio si veggono costituite da tessuto connettivo fibrillare con numerosi capillari. Alcuni di questi capillari costituiscono, riunendosi in punti diversi, dei tronchi venosi.

Da questo fatto è posto fuori di dubbio che la capsula neoformata non ha col tessuto epatico altro che un rapporto di contiguità, a quello stesso modo che certe placche di consistenza cartilaginea, le quali si incontrano talora agli apici polmonari, addossate alla faccia esterna della pleura viscerale, si appongono al tessuto polmonare solo costipandone gli elementi, ma non contraendo mai col medesimo aderenze di qualche rilievo.

Giudicando per analogia, siccome queste placche sono dovute a pleuriti fibrinose, non credo di errare nel ritenere la capsula neoformata il risultato di una infiammazione acuta di tutta quanta, ad un tempo, la corteccia

del fegato, anzi del solo involucro peritoneale del medesimo. La lesione del parenchima epatico, la lieve iperplasia del connettivo cioè, e la itterizia degli elementi glandulari, per me sono piuttosto effetti meccanici della capsula medesima di quello che causa di essa. Almeno le alterazioni del connettivo sono così poco rilevate per se e tanto meno poi relativamente alla capsula, che io non posso ammettere che quelle abbiano preceduta questa. E per quando riguarda l'itterizia delle cellule epatiche, essa spiegasi facilmente considerando che la corteccia la quale d' ogni intorno chiudeva il fegato, non permetteva che sul parenchima del medesimo si esercitasse pressione di sorta dal diaframma nei suoi movimenti. Pressione che rendevasi più problematica per le aderenze che strettamente legavano il fegato al diaframma stesso.

Tornando ora al processo patologico intimo di questa alterazione conviene ricordare che la fibrina dell' essudato, secondo le ultime osservazioni di *Rindfleisch* e *Münch*, non devesi in tutto ed esclusivamente all' attività delle cellule, ma può provenire per la massima parte (almeno nella infiammazione delle sierose) dal semplice trassudamento del plasma del sangue, il quale giunto alla superficie libera della sierosa ivi coagula, imprigionando nella propria sostanza qualche detritus delle cellule epiteliali anzi endoteliali della sierosa medesima e le così dette cellule dell' essudato o leucociti. Solo ammettendo questo modo particolare di formazione dell' essudato fibrinoso alla superficie libera delle sierose, è possibile il comprendere come possa staccarsi con facilità l' essudato medesimo, non lasciando che leggermente intorbidato la porzione di sierosa corrispondente.

Le aderenze costituite dal tessuto connettivo fibrillare non sopravvengono che più tardi e sono, a mio modo di vedere, il risultato della irritazione esercitata dall' essu-

dato che agisce come corpo estraneo. Sui primi momenti dell'essudazione i vasi sanguigni delle sierose rimangono dilatati e pervii, ma più tardi rassodandosi l' essudato, essi pure vengono compressi o molti si obliterano lasciando in loro posto come una piccolissima ed esile fettuccia di tessuto connettivo. Anche dentro la massa dell'essudato si forma una specie di circolo nei cui capillari dapprima compiesi come un circolo autonomo, ma più tardi anche una parte di essi per la compressione si oblitera e subisce la degenerazione grassosa, e così la pseudomembrana addiviene scarsissima a vasi, anzi talora quasi assolutamente priva dei medesimi.

L' essudazione fibrinosa adunque ha avuto luogo in tempo molto remoto tutt' intorno al fegato, si è coagulata e pei movimenti continui dell' organo ha assunto la forma a bozze e rialzi, come nel fegato cirrotico. E forse durante la vita il palpamento dell' organo fatto attraverso la parete addominale, congiunto al fatto del notevole impiccolimento del medesimo avrebbe scusato benissimo l' errore del Medico che avesse fatta diagnosi di cirrosi epatica o epatite interstiziale all' ultimo stadio.

Alle cause adunque di atrofia totale di fegato registrate nell' anatomia patologica di quest' organo, converrà aggiungere la paraepatite essudativa. È inutile avvertire come una eguale lesione di porzione soltanto dell'organo porterebbe di necessità all' atrofia parziale del medesimo, cosa questa la quale è tutt' altro che rara ad osservarsi.

4. — *Faringite granulosa*

A tutti è noto quale sia lo stato patologico che porta il nome di faringite granulosa e quali ne siano i caratteri anatomici grossolani. Questa affezione ordinariamente

successiva ad una faringite acuta, può dirsi tanto ostinata, quanto lo è la congiuntivite tracomatosa. La malaugurata analogia nel decorso clinico mi spinse a studiare microscopicamente le alterazioni della mucosa faringea, sospettando che anche in questa malattia la lesione principale dovesse essersi, come nel tracoma, prodotta nel tessuto sottomucoso.

Il materiale sul quale eseguire queste ricerche, non è però così abbondante come a prima vista potrebbe credersi. Alcuni casi più miti guariscono a poco a poco, in molti altri la lesione è troppo avanzata per poter essere utilizzata per un tale studio e finalmente nessuno degli individui, affetti da tale malattia, muore per sola conseguenza della medesima. Non farà adunque meraviglia se con tanto materiale, quale ordinariamente occorre di osservare nel Laboratorio di Anatomia patologica di Bologna, in questi ultimi mesi siami capitato un solo caso di faringite granulosa, in un giovanetto morto allo Spedale Maggiore per acutissima meningite.

Le cose perciò da me osservate non possono servire che come una contribuzione allo studio delle lesioni microscopiche della malattia, perchè basate su di un unico fatto.

Inutilmente ho cercato di procurarmi altro materiale: però non dispero di averne in seguito e ripeterò coscienziosamente le osservazioni, pubblicandole sia che confermino, sia che contraddicono questa mia comunicazione preventiva.

Gli scrittori di patologia speciale medica fino ad ora hanno ritenuto sede principale della lesione ora il tessuto proprio della mucosa, ora lo strato glandulare della medesima; e le alterazioni del tessuto sottomucoso hanno giudicato successive e di importanza secondaria.

La mucosa della faringe nella faringite granulosa invece di essere liscia, eguale, molle, leggermente tomentosa, si presenta irregolare, scabra, secca, sparsa di rialzi e depressioni, dovute a granuli più o meno grossi e di color rosso più o meno intenso. I granuli o rialzi sono costituiti dalla sommità delle papille della faringe più o meno salienti, riunite a gruppi. Allorquando alcuni di questi gruppi disponendosi quasi a modo di cerchio, racchiudono nel loro interno un tratto di mucosa normale, la quale cosa accade non di rado, ne viene alla località procacciato come un aspetto di ulcera. Nella quale i bordi sarebbero rappresentati dalle papille sollevate, e il fondo dalla mucosa sana.

Facendo ora un sottile taglio attraverso una tale mucosa, il quale comprenda altresì il tessuto sottomucoso ed osservandolo al microscopio, si vede che il sollevamento della mucosa o pseudo-ipertrofia della medesima è dovuto allo *sviluppo di cellule linfoidi riunite in ammassi più o meno grandi, i quali giacciono nella spessezza del tessuto sottomucoso.*

Allo stato normale il connettivo immediatamente sottoposto alla mucosa, come è noto, è molle, delicato, a larghe maglie, *areolare* in quella porzione di faringe che appartiene all' apparecchio digerente, mentre invece è un tessuto *adenoide* quello che lega alle parti circostanti la mucosa della porzione respiratoria.

Tra lo strato muscolare a fibre striate proprie della faringe ed il tessuto sottomucoso havvi uno strato relativamente assai grosso di fibre elastiche, che non trovo enumerato negli autori di istologia, sul quale poggiano le glandole della faringe, le quali ultime trovansi numerose nella porzione respiratoria e scarse nella digerente, ed occupano la porzione più bassa del tessuto sottomucoso.

Gli ammassi di cellule linfoidi trovansi negli strati più superficiali del tessuto sottomucoso areolare o adenoide e per lo più attorno ai vasi sanguigni o ai condotti escrettori, sparsi senza regola e senz' ordine. Questi ammassi non hanno limiti bene distinti, non hanno membrana che li circoscriva, o fasci connettivi particolari che li attornino. Anzi il connettivo attorno ai medesimi si mostra straordinariamente ricco ad elementi cellulari e manifestamente in preda a proliferazione. Gli elementi linfoidi non sono molto grandi, quasi tutti hanno un nucleo unico e attorno al medesimo una certa quantità di protoplasma; il nucleo si colora assai bene col carmino; la sostanza intercellulare è scarsissima. Non havvi traccia nè di reticello connettivo, nè di vasi neoformati speciali dell' ammasso linfoide. Al centro di alcuno di essi si rileva la degenerazione granulo-grassosa delle cellule linfoidi, che però non ho trovato molto pronunziata, nè mai spinta al grado di caseificazione dell' ammasso.

Nè i dutti escrettori delle glandule, nè le glandule medesime presentano particolarità degne di rimarco. In alcune di queste le cellule epiteliali hanno il protoplasma leggermente granuloso, il nucleo poco riconoscibile. Il connettivo che le attornia è normale. La mucosa propriamente detta, benchè sollevata e distesa in corrispondenza degli ammassi linfoidi, non è però infiltrata in niuna guisa dalla neoformazione linfoide, e può considerarsi affatto normale.

La lesione adunque primitiva originaria della faringite granulosa non è riposta in una specie di ipertrofia o iperplasia della mucosa dell'organo, e nemeno in una alterazione delle glandule, ma nel tessuto sottomucoso e precisamente negli strati più superficiali del medesimo.

Con questo io non voglio dire che più tardi la mucosa non possa, anzi non debba risentirsi della mutata strut-

tura del tessuto sottomucoso e che questa non debba influenzare anche lo strato glandulare per le metamorfosi o progressive o regressive che gli ammassi linfoidi col tempo debbono incontrare. Egli è certo che pel fatto della neoformazione linfoide la mucosa viene a mancare di una irrigazione sanguigna sufficiente, come d' altra parte i condotti escrettori, se non altro quelli al cui contorno sonosi depositati gli elementi linfoidi, debbano venir compressi e quindi o tolta o impedita la loro funzione con danno immediato ed alterazione più o meno cospicua delle glandole della faringe.

NB. Il tratto di mucosa faringea esaminato appartiene alla porzione del tubo digerente.

5. — *Placche calcificate dell'aracnoide spinale.* (Tav. II. Fig. 1, 2, 3).

Le placche calcificate di colore bianco-perlaceo che in quasi tutti i cadaveri degli individui avanzati in età si rinvengono nella aracnoide spinale, impropriamente hanno ricevuto il nome di *placche cartilaginee* o *semi-cartilaginee.* Esse furono conosciute dagli scrittori di anatomia patologica dei tempi più remoti. E *Morgagni*, *Ollivier*, *Sömmerring*, *Bright*, *Brinton* ed ultimamente anche *Lebert* ed altri, ne parlano e ne danno descrizioni più o meno esatte.

Virchow (1) le dice costituite da una trama osteoide la quale ha la massima analogia col tessuto osseo cartilagineo, cioè un accumulo di sostanza densa stratificata, ora a masse concentriche ora a masse parallele, con corpuscoli stellati ed una sostanza intercellulare striata leg-

——

(1) Krankh. Geschwülste.

germente e più spesso omogenea. Per la cretificazione esse, dice *Virchow*, addivengono *ossee* e ciò massime nei vecchi.

Queste placche hanno all' esterno una superficie liscia mentre la loro faccia profonda, quella cioè che guarda il tessuto proprio della pia madre è irregolare e talvolta munita di piccole appendici a guisa di spini.

Ad onta che esse abbondino talvolta fino a toccarsi le une colle altre, non acquistano mai, o quasi mai, i caratteri distintivi di un tumore.

La circostanza che l' anatomo-patologo le trova nei cadaveri di persone che non diedero quasi mai in tempo di vita, segni d' irritazione spinale, fa cadere l' ipotesi che esse possano essere, come alcuno ha voluto asserire, causa della corea, del tetano ec.

Tuttavia, al dire di *Virchow*, esse sono però l' indizio di una morbosa irritazione, la quale deve raggiungere una certa intensità qualora le placche in discorso siano di molto abbondanti e ciò tanto più se qualcuna di esse abbia raggiunto un volume enorme.

Nella Fig. 1, della Tav. II. io ho fatto delineare il preparato N. 1250 del Museo d' Anatomia patologica di Bologna, da me raccolto, or sono cinque anni. Il pezzo di midollo spinale della regione dorso-lombare coi suoi involucri, apparteneva ad un individuo di età avanzata, morto per catarro bronchiale diffuso e che da tempo presentava fenomeni di irritazione spinale, limitati agli arti inferiori solamente. La necroscopia non rilevava altro di anormale che le placche calcificate grosse assai, le quali veggonsi delineate, grandi al naturale, nella figura predetta, e la congestione straordinaria dei vasi venosi in corrispondenza delle placche medesime. Le placche, come d' ordinario accade, si avevano solo nella porzione più bassa del midollo e nella parte di pia madre che riveste la fac-

cia posteriore del medesimo. Quantunque queste avessero raggiunto la spessezza di più millimetri, pure il midollo non presentava in corrispondenza di esse focolai di rammollimento. In questo caso io credo che i fenomeni irritativi spinali, che travagliavano l'individuo, fossero dovuti alla irritazione prodotta sul midollo dalle placche calcificate.

Altre particolarità sul decorso clinico e sui dati anamnestici non le posso fornire poichè l' individuo moriva in una casa di ricovero e l' attenzione del Medico era stata attirata solo dai fenomeni del petto, come quelli che minacciavano ed effettivamente spensero la vita dell' individuo.

Volendo studiare il modo di originarsi di tali placche, ne ho sottoposte qualcuna all' esame microscopico ed ho ottenuto risultati assai diversi da quelli avuti dal *Virchow*, che ho di sopra accennati.

Esse trovansi in rapporto mediante la faccia profonda col tessuto sotto-aracnoideo, il quale è formato di tanti sepimenti o trabecole di connettivo fibrillare, le quali trabecole hanno ai propri lati nuclei ovoidali o tondeggianti. Tesa al di sopra dei sepimenti havvi una specie di tela membranosa liscia, sottile, omogenea che è fornita di nuclei sparsi irregolarmente sulla medesima (aracnoide). Questi nuclei sono pur anche ovoidali e tondeggianti; ed è su questa specie di tela che stanno depositate, in corrispondenza delle placche, certe produzioni calcari stratificate, a strati concentrici, con un nucleo calcare più o meno grosso, di forma svariata. A seconda della forma del nucleo varia la forma della produzione calcare. Nella Fig. 2, Tav. II, si vede una di tali produzioni che è situata sulla tela liscia *a b*. La parte *b c* della stessa figura mostra le trabecole connettive coi nuclei loro. Nella porzione *a b* la membrana è un poco raggrinzata e perciò

vi si veggono specie di strie opache le quali mancano nella Fig. 3, tolta da un preparato, nel quale il vetrino copri-oggetto, premendo, teneva distesa sufficientemente la preparazione. Per quante indagini io abbia fatto non ho potuto mai vedere i limiti delle cellule, i cui nuclei invece si potevano rilevare con tanta facilità. In alcuni preparati dell' aracnoide cerebrale invece sono riuscito più volte a vedere gli elementi cellulari, che ne formano il foglio più esterno con molta facilità.

Al contorno delle produzioni calcificate se di recente formate, si veggono stratificate numerose cellule di natura epiteliale che quasi le chiudono e rinserrano, Fig. 3 *A*. Se invece le produzioni sono di data antica le cellule epitelioidi non si riconoscono più e la cretificazione pura e semplice del tessuto che le attornia, costituisce il fatto principale, Fig. 3 *B*. Di ossificazione propriamente detta non ho rinvenuto traccie che in rarissimi casi.

Nelle placche di certa estensione la cretificazione pura e semplice ha assunto la parte principale; ma anche in esse i corpi calcari stratificati non mancano mai.

Facendo tagli verticali a tutta spessezza, su placche di certa estensione previamente decalcificate, col tenerle per un po' di tempo in una debole soluzione di acido cromico e colorandole poscia col carmino, non ho potuto vedere che in casi eccezionalissimi i corpuscoli ossei, ma in tutti i casi invece quà e là, qualche corpuscolo allungato avanzo dei nuclei già rilevati ai lati delle trabeccole connettive del tessuto sotto-aracnoideo.

Nella loro prima origine adunque le produzioni ora descritte sarebbero il risultamento di formazioni psammomatose al contorno e sotto le quali, in progresso di tempo si depositano, senza regola e senza forma i sali calcari. La deposizione di questi accadrebbe poi tanto alle superficie e nella spessezza della tela aracnoidea, come

pure negli spazii sotto-aracnoidei e lungo i sepimenti che li limitano. Anzi il presentarsi la faccia profonda di tali placche irta di spini è dovuto senza dubbio alla cretificazione delle trabeccole connettive.

L' ossificazione per ultimo sarebbe un avvenimento rarissimo e che accadrebbe soltanto dopo un lasso di tempo ben lungo.

6. — *Endotelioma psammomatoso della dura meninge craniense.* Preparato N. 1980 del Museo di Anatomia patologica di Bologna. (Tav. II. Fig. 4).

Il tumore grande quanto un pezzo da 5 lire è sottoposto alla dura madre che ricopre l' emisfero destro nella sua porzione anteriore. Esso ha forma tondeggiante schiacciata, margini irregolari, assottigliati, nettamente marcati, colorito roseo. Alla palpazione si mostra resistente: la superficie del taglio si presenta irregolare, granulosa, manifestamente formata da due sostanze. L' una di esse scarsa, resistente, dura, fibrosa che si dispone a rete e che forma come lo stroma del tumore; l' altra molle, friabile, succulenta, allogata in altrettanti alveoli formati dalla prima. La sostanza fibrosa si continua fin contro la faccia interna della dura madre colla quale però sembra non abbia aderenze. La superficie della neoproduzione che guarda il cervello, è in rapporto colla aracnoide e colla pia madre. Numerosi vasi sanguigni partono dalla pia madre medesima e si addentrano nella sostanza del neoplasma, costituendone essi stessi parte integrante.

La polpa cerebrale in corrispondenza del neoplasma è alquanto compressa; assotigliata la corticale, la bianca non punto alterata.

La dura madre al contorno del tumore non è inspessita: la sua faccia interna in vicinanza ai margini del

neoplasma si presenta un po' arrossata. Anche quella parte di dura meninge, che corrisponde direttamente al tumore non presenta alterazione alcuna di struttura. Volendo staccare il tumore dalla dura madre vi si riesce senza lederla profondamente.

Come ho accennato più sopra il neoplasma è formato di due sostanze, l' una disposta ad alveoli, l'altra depositata negli alveoli stessi.

Microscopicamente la prima è formata da tessuto connettivo riunito in fascetti di spessezza variabile, entro e lungo i quali corrono numerosi vasi sanguigni. Alcuni di questi vasi possono essere seguitati fino alla tela vascolare della pia madre corrispondente. Presentano essi inoltre la particolarità che le loro pareti sono inspessite. La sostanza poi alla quale la parete vascolare deve il suo aumento è liscia, omogenea, splendente. Questi vasi emettono dei vasi capillari che costituiscono un reticello entro gli spazii alveolari. Nella sostanza contenuta entro gli alveoli si notano tre fatta di elementi morfologici: un reticello di vasi capillari, cellule a protoplasma liscio con grosso nucleo e nucleoli, ed interposti agli accumuli di cellule ed ai capillari si rilevano corpi stratificati calcari.

I vasi capillari hanno pareti di dimensione colossale, formate da una sostanza vitrea, splendente, omogenea. (Tav. II. Fig. 3. *d e*). In taluni di essi il lume è rimasto aperto (fig. 3, *a b*) e vi si può riconoscere ancora il sangue abbastanza ben conservato, in altri il lume è perfettamente chiuso, in altri l' apertura è tappata dal sangue, i cui elementi hanno subìto la cretificazione *c*.

Gli elementi cellulari sono manifestamente di natura endoteliale. La sostanza inter-cellulare è quasi nulla, il protoplasma delle cellule è liscio; i nuclei ovali, grossi, granulosi; le cellule hanno forma piatta e sono sottilissime in mo-

do che facilmente si ripiegano su se stesse. Alla parte periferica del tumore queste cellule si riuniscono in gruppi formando attorno al centro dei zaffi o cilindri analoghi anzi identici a quelli dell' epitelioma. Questi zaffi epiteliali colle parti loro più esterne sono in rapporto colle pareti dei capillari per l' una parte, per l' altra colle porzioni periferiche degli altri zaffi loro vicini e finalmente col connettivo formante lo stroma della neoplasia.

I corpi stratificati sono di due fatta. (Vedi Fig. 4, Tav. II).

Alcuni sono costituiti da un ammasso di sostanza splendente, omogenea, di forma rotonda o tondeggiante al centro della quale o havvi un foro affatto libero, ovvero un foro il quale rimane chiuso come da un cumulo di granuli grassosi o da corpuscoli rossi del sangue. In questo ultimo caso nello strato più interno del corpo stratificato si possono rilevare nuclei allungati diposti pur essi circolarmente attorno al foro centrale. (Fig. 3, *a*). Tali corpi esistono di preferenza attorno ai sepimenti alveolari, ma se ne rinvengono pure in mezzo alla sostanza raccolta negli alveoli. Le cellule al contorno o conservano i loro caratteri normali, ovvero sono come addossate e costipate attorno ai medesimi corpi.

L' altra specie di corpi stratificati giace costantemente nell' interno degli alveoli. Al centro della neoplasia è difficile il poterne assegnare i caratteri; ma alla periferia è facile invece il poter seguire il processo di loro formazione. Nel punto centrale ed anche più spesso in più punti del centro dello zaffo epiteliale ad un tempo, in una o più cellule il protoplasma subisce una profonda alterazione in quantochè da liscio ed omogeneo addiviene granuloso. Il nucleo scompare pel depositarsi nel protoplasma dell' elemento cellulare una sostanza granulare cal-

care che ben tosto occupa tutta la cellula, deformandone la figura ed alterandone la struttura. Prima però che ciò accada, sembra che in alcuni casi avvenga una degenerazione coloide della cellula stessa, per la quale essa diventa splendente ed ingrandita. Per le mie osservazioni non è però necessario che ciò succeda sempre ed il processo di involuzione e cretificazione può avere luogo primitivamente nelle cellule, che giacciono al centro dello zaffo. Successivamente il processo si estende alle cellule più esterne che però non aumentano mai di volume, ma piuttosto si costipano, nel mentre che contemporaneamente addivengono più granulose e cretificano. Il globo calcare stratificato può a questo modo raggiungere grossezza diversa ed assumere forme svariate. Tuttavolta è la forma sferoidale quella che predomina od almeno la tondeggiante. Siccome poi la cretificazione non succede mai o quasi mai regolarmente, così la sostanza del corpo stratificato non riesce mai omogenea. L' aspetto granuloso assunto dalle cellule centrali toglie loro la forma, le più esterne la conservano per molto e molto tempo: sebbene siano alcun poco schiacciate e, come si è detto, assottigliate e compresse.

Nel mio caso particolare adunque i globi calcari provenivano indubbiamente da due processi assai diversi. Nell' un caso erano le pareti vasali rese di dimensioni cospicue quelle che cretificando, davano origine ai corpi psammomatosi; nell' altro invece erano le cellule che propriamente costituivano la neoproduzione, formanti altrettanti zaffi epiteliali e precisamente quelle del centro di tali zaffi le quali subendo o no in prevenzione la degenerazione calloide, incontravano la metamorfosi granulare calcare.

Cornil e *Ranvier*, esaminando tumori cerebrali analoghi a quello or ora descritto, li avevano denominati *sar-*

comi angiolitici. Sulla genesi dei corpi stratificati avevano emesso l' opinione non trattarsi d' altro che di diverticoli o specie di ampolle, formatesi sulle pareti dei capillari, le cui cellule si incrostavano di sali calcari costituendo veri *fleboliti.* Senza negare assolutamente che tale processo genetico non possa essersi realmente verificato nei casi esaminati dai due citati scrittori, stando alle figure che essi ne danno, io sarei però più inclinato a credere la genesi anche in quei casi fosse identica a quella da me osservata.

Harless (1) sarebbe stato il primo a ritenere che le concrezioni calcaree derivino dal connettivo dell' avventizia dei vasi. Secondo il medesimo però la degenerazione grassosa sarebbe un fatto costante che si avvererebbe nelle parti periferiche dei medesimi, mentre alla parte di mezzo si farebbe un deposito di materia granulosa calcare che, crescendo a dismisura, distenderebbe il connettivo, costituendo così un globo compatto.

Per me la degenerazione grassosa non l' ho potuta vedere in nessuno dei molti preparati fatti per studiare questo processo. Inoltre io tengo come fuori di dubbio che le granulazioni calcaree notate al centro dei globi splendenti non siano altro che globuli sanguigni, i quali condannati all'immobilità per la alterazione profonda della parete vasale, abbiano subìto la metamorfosi regressiva e successivamente la calcarizzazione. Almeno a questo risultato condurrebbe la retta interpretazione della Fig. 4, della Tav. II, nella quale si vede chiaramente come il primo strato attorno ai granuli del centro del corpo calcare sia formato da cellule ancora ben conservate e che hanno i caratteri delle cellule nucleate più interne dei capillari o vasi minimi.

——

(1) *Virchow.* Arch. Band XVII und B. XIX.

Spiegazione delle Tavole

TAVOLA I.

La Fig. 1. presenta il rene sinistro veduto di fronte.

a arteria renale.
v vena emulgente.
u uretere.
t apice del tumore lipomatoso.
r r tessuto normale del vene (1: 3).

Fig. 2. Faccia profonda del fegato, il cui lobo sinistro *l s* è rudimentario. Sulla faccia posteriore di questo un fascetto vascolare, che si suddivide andando verso il margine libero del lobo stesso.

f tessuto epatico normale non ricoperto dal peritoneo.
v c vena cava.
a arteria epatica.
p vena porta.
c cistifellea.
l s lobo sinistro.
l o legamento ombellicale (1: 3).

Fig. 3. Fegato in parte ricoperto dalla capsula in parte denudato dalla medesima *l d l d* con depressioni e rialzi ec.

s solco diretto dall' avanti all' indietro.
o b sezione fatta attraverso la capsula, per mostrarne la spessezza.
l o legamento ombelicale.
l s lobo sinistro.
v c vena cava (1: 3).

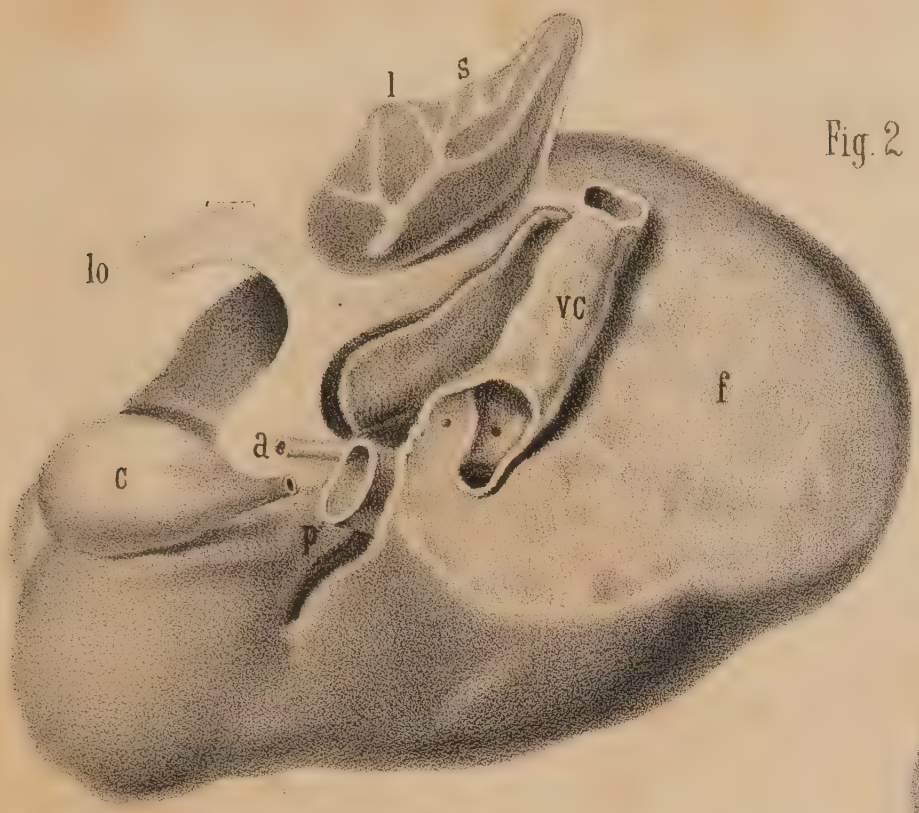


Fig. 2

Fig. 1

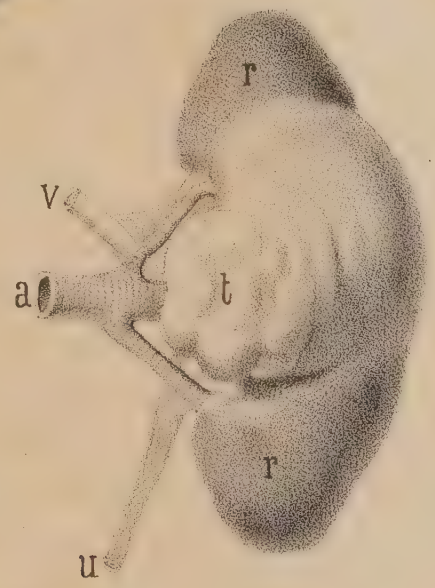
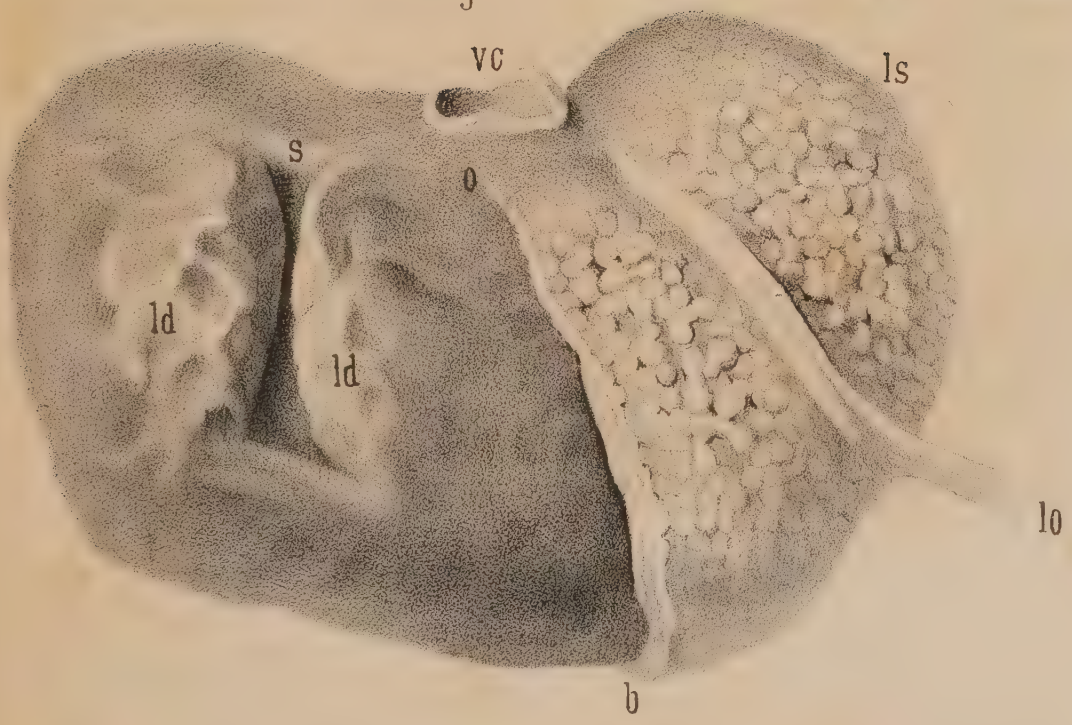


Fig. 3



C. Bettini dis.° in pietra

Lit. Franc. Casanova

Fig. 1

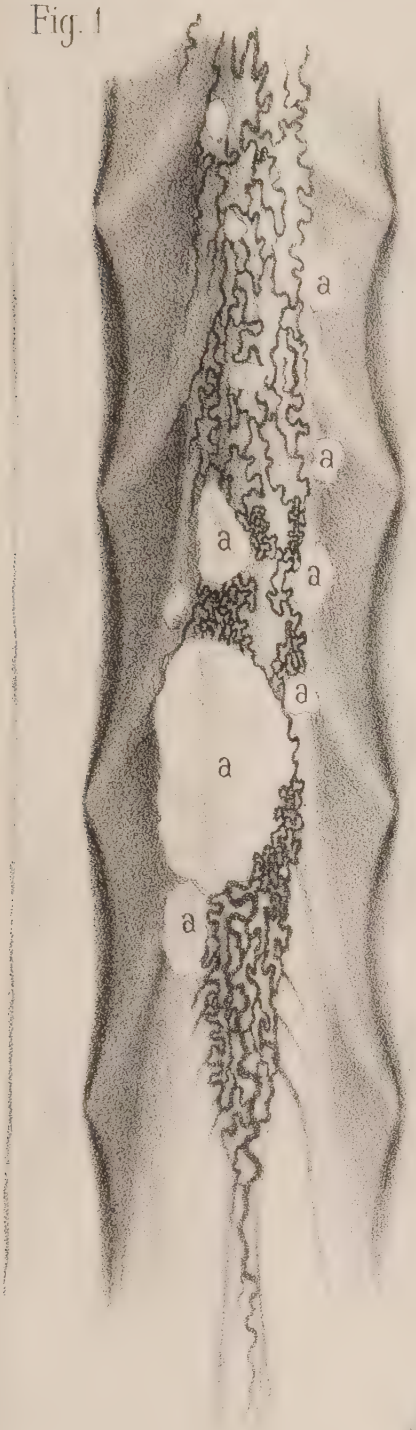


Fig. 2.

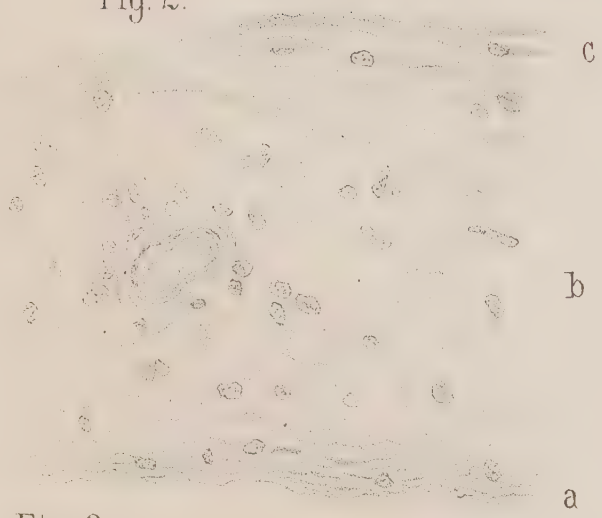


Fig. 3.

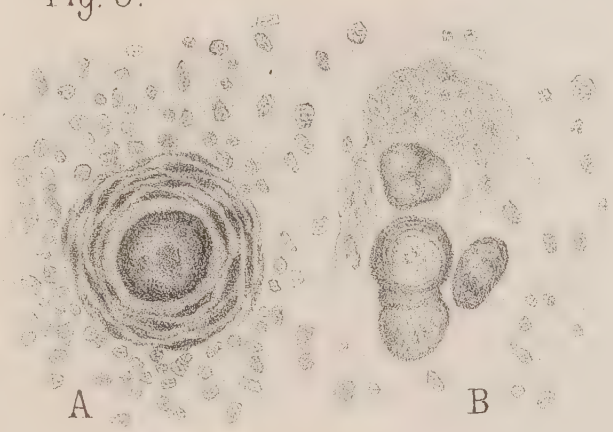


Fig. 4.

G. Mannini dis. dal vero e in pietra. Lit. G. Wenk.

TAVOLA II.

Fig. 1. Midollo spinale (porzione) la cui dura madre è stata aperta per mostrare le placche calcificate *a a a* che stanno sulla aracnoide che ricopre la faccia posteriore del medesimo e i vasi congestionati (1: 1).

Fig. 2. Aracnoide spinale (vedi testo).

Fig. 3. Formazioni psammomatose sulla aracnoide spinale.
A recenti.
B di vecchia data.
(Microscopio di *Hartnack* oculare 4, obiet. 7).

Fig. 4. Pezzetto di tumore sotto la dura madre cerebrale.
a b c vasi minini le cui pareti presentansi patologicamente inspessite.
e d sezione obliqua di un vaso minimo, a pareti inspessite ec. (vedi testo).
(Microscopio di *Hartnack* oculare 4, ob. 9 a. correz.).

CASO DI PLACENTA PREVIA COMPLETA. — Memoria del Dott. GIOACCHINO TANI, Medico in Fallerone.

Non credo fuor di luogo, prima di venire all' esposizione del fatto in particolare, far precedere alcune brevi e generali riflessioni sull' impianto anormale della placenta. Se noi ci facciamo a svolgere le statistiche, ritroveremo questa non tanto infrequente anomalia costituire uno de' più funesti accidenti, che possano complicare la gravidanza ed il parto: e da quelle infatti noi rileviamo che per essa la mortalità nelle madri ascende dal 20 al 25 per 100, e dal 58 al 64 nei feti.

La causa di una sì grande mortalità facilmente la intendiamo, se vogliamo riflettere alle inevitabili e talora tremende emorragie, a cui espone la madre, e alle presentazioni trasversali, che con tanta frequenza fa prendere ai feti. Quest' ultimo fatto anzi, accade 25 volte circa su 100, e per la maggiore scorrevolezza che in tal caso soffre il feto nell' utero, e per l' impedimento che ne riceve poi all' impegno della testa ed alla discesa nella escavazione.

Fino a tanto che si ammise la caduca, si dicea dipendere la placenta previa dalla poca consistenza e dalla debole adesione di quella membrana all' interna superficie dell' utero allorchè l' uovo entrava in esso; per cui piuttosto che formare la caduca riflessa o introflessa, scorrea fra la suddetta caduca e l' utero per legge di gravita, giungendo in basso collocavasi sull' interno orificio dell' utero e vi aderiva. Oggi invece non ammettiamo più la caduca come i nostri antichi, ma diciamo che in ogni mestruazione vi è turgescenza vascolare della mucosa dell' utero; e questa turgescenza che sul termine della mestruazione va diminuendo, si aumenta invece a dismisura se l' uovo, arrivato nell' utero per movimento vibratile della mucosa delle trombe, è fecondato. Quest' uovo adunque produce colla sua presenza l' ipertrofia della mucosa dell' utero, ma se questa ipertrofia non è valevole a trattenere nella parte superiore della cavità uterina l' uovicino, esso per necessità verrà a collocarsi nella parte inferiore ossia in vicinanza dell' orificio interno.

A questa causa prossima fanno seguito moltissime altre, delle quali noi non nomineremo che le più certe, come sarebbero alcune malattie generali, le contrazioni spastiche dell' utero dopo avvenuto il concepimento, i forti purganti e secondo alcuni il coito eseguito nel periodo mestruale.

In quest' anomalia di posizione della placenta si rinvengono caratteri troppo marcati, non solo per disconoscerla, ma ancora per non diagnosticarla a primo aspetto. Oltre i dati dell' ascoltazione addominale colla quale può udirsi il soffio uterino alla regione ipogastrica; colla ascoltazione intra-vaginale si percepisce il soffio stesso più pronunziato poggiando l'apposito stetoscopio sul collo uterino. Inoltre noi vediamo periodiche emorragie, che incominciando per lo più dal 6° mese in poi di gravidanza si vengono mano mano riproducendo ogni 15, 20 o 30 giorni. Questo distintivo di presentarsi a tal' epoca non ci reca alcuna meraviglia, poichè sappiamo che precisamente allora comincia la dilatazione dell' interno orificio uterino, in ragione che il collo s' abbrevia per prestarsi all' ingrandimento del corpo; dilatandosi adunque, come abbiamo detto, l' orificio interno dell' utero, dovranno di necessità restarne lacerate alcune adesioni della placenta all' utero stesso, e da queste lacerazioni immancabilmente ne devono sorgere delle relative emorragie.

L' esplorazione quindi ci fa riconoscere l' esistenza sull' orificio uterino di un corpo spugnoso, ineguale e presentante in una parola tutti i caratteri proprii della placenta. Dippiù le emorragie che si hanno nel travaglio, sono un sintomo patognomonico dell' anomalia in discorso, perchè nascendo al principiar di ciascuna doglia e accompagnandola fino al termine, ci faranno evitare senza meno di confonderla colla placenta normalmente impiantata, ma distaccata anzi tempo o placunto-diaspasis, e colla placenta prolassata o placunto-proptosis.

Quanto terribile sia cotesta complicazione lo abbiamo di sopra ricavato dalle statistiche; non abbiamo però detto particolarmente che la sua gravezza sarà senz' alcun dubbio in rapporto colla maggiore o minore estensione dell' impianto, coll' abbondanza delle perdite sanguigne,

colla più o meno pronta terminazione del parto o naturale o artificiale e finalmente collo stato individuale della partoriente.

Della cura parleremo in seguito, intanto avvertiremo che essa varia secondo che trattasi nella gravidanza o nel tempo del soprapparto non solo, ma che in ambedue questi casi, dovrà differentemente condursi l' ostetrico a seconda della maggiore o minore emorragia, della più o meno dilatazione e dilatabilità dell' orificio uterino, della buona o cattiva presentazione del feto e secondo che si tratta di donna con bacino regolare o viziato.

Passate così brevemente in rivista queste generalità vengo senz' altro al fatto.

Nella mattina del 4 Febbraio decorso fui chiamato a portarmi sollecitamente a soccorrere Rosa B... d' anni 34, che trovavasi in soprapparto ed a quanto venivami detto, in gravissimo pericolo della vita per profusa metrorragia.

Nell' andare dalle varie interrogazioni che feci al suo marito, che mi conducea, seppi che la donna avea goduto sempre florida salute, che avea già per ben due volte partorito feti nonimestri e felicemente, ma che nell' ultima gravidanza, incominciando dal 7° mese in circa, era andata soggetta a leggiere e periodiche emorragie, che immancabilmente si eran venute ogni 15 o 20 giorni riproducendo.

Giunto al letto della partoriente, la trovai pallida, scolorata nelle labbra e cogli occhi semichiusi, indifferente a ciò che l' attorniava e che perdeva sangue in copia dalla vagina.

Qual fosse il suo stato dopo sì copiose perdite è facile immaginare: la respirazione era sublime e frequente, interrotta soventi volte però da forti sbadigli, il polso piccolo e celere e spesse lipotimie venivano mano mano ad assa-

lirla. Dopo tuttociò, credo non errare, dicendo che in quella io ravvisava il quadro completo fenomenologico dell' anemia quasi all' ultimo grado, prodotta da causa istantanea.

L' utero però non solo avea conservato la sua facoltà contrattile, ma anzi potea quasi dirsi in istato di iperstenia e ad ogni nuova contrazione si univa nuova e abbondante emorragia; di cui il caratteristico andamento, aggiunto alla cognizione delle altre avvenute nella gravidanza, già abbastanza chiaramente indicava trattarsi di impianto anormale della placenta.

Passato senza frapporre indugio alla esplorazione digitale, giacchè non eravi tempo di pensare all' ascoltazione addominale, e l' intravaginale in tale circostanza non è da praticarsi perchè pericolosa, come ognuno comprende, trovai l' orificio uterino se non del tutto dilatato, almeno sufficientemente dilatabile e quindi provai nel dito esploratore la sensazione di un corpo spongioso, molle, ineguale, occupante tutto il detto orificio, corpo che facile mi riuscì di ravvisare per la placenta, senza però poterne sentire un lobo o una porzione qualunque più sottile dell' altra.

Questo segno patognomonico di placenta previa adunque, veniva a confermare pienamente la diagnosi per gli altri sintomi già fatta, e il non poterne rinvenire parte più sottile denotava ancora più particolarmente, essere questa placenta inserita sull' orificio uterino centro a centro o, come dicono, completa.

Avendo io allora la certezza, perciò che di sopra ho detto, di non aver che fare con bacino deformato o ristretto, e vedendo che le doglie persistevano in tutto il loro vigore, mi decisi a seguire il consiglio di *Simpson*, di distaccare cioè la placenta tutto all' intorno, poi estrarla e quindi lasciare alla natura il compito di terminare

il parto, quante volte non fosse andato per le lunghe, pronto a ricorrere al rivolgimento ed alla estrazione del feto, se l' espulsione del medesimo non fosse stata abbastanza sollecita. Di questo però io era quasi certo, perchè tanto per mezzo della palpazione che per mezzo del ballottamento aveva conosciuto che il feto era in presentazione della testa.

Il rivolgimento era assai pericoloso in tal caso, poichè la donna in quello stato di estrema prostrazione non lo avrebbe probabilmente potuto sostenere.

Introdotta pertanto la mano giunsi a poco a poco a distaccare circolarmente tutta la placenta, che stante le sue alquanto forti aderenze in qualche punto, dimostrò che in quel caso forse le contrazioni uterine non avrebbero da sole potuto effettuarne il distacco.

Nell' esegnire l' atto operativo più che mai potei persuadermi che la placenta era impiantata realmente centro a centro, come mi era sembrato riconoscere nell'eseguire l' esplorazione digitale.

Distaccata ed estratta la placenta chiaramente distinsi una congiunzione parallela al diametro obliquo sinistro, la fontanella anteriore verso la sinfisi sacro-iliaca destra e la posteriore o occipitale in corrispondenza della cavità cotiloidea sinistra, ossia eravi nella presentazione del vertice la posizione occipito-cotiloidea sinistra o occipito-iliaca-sinistra-anteriore. Verificata così questa favorevole stetti saldo alla mia decisione. Intanto che l' emorragia, dopo l' estrazione della placenta, era rimasta talmente modificata, che potea dirsi del tutto sospesa: a tale sospensione inoltre si unì per grande ventura ancora quella delle sincopi.

Le mie speranze non andarono peraltro deluse, perchè le doglie incalzarono d' avvantaggio, e pochi istanti appresso venne spontaneamente alla luce nella suddetta

presentazione un feto di sesso maschile, nonimestre e vivente.

Il puerperio non fu turbato da alcun sinistro accidente, solo come naturalmente doveasi fin da principio immaginare, occorse una ben lunga e graduata cura tonico-alimentare per rientegrare il sangue nella sua quantità e nella sua crasi normale: dopo ciò la donna trovossi del tutto ristabilita nel suo primiero stato di salute.

Da questa genuina narrazione, estesa forse tropp' oltre che da breve memoria richiedasi, conchiuderò dicendo che questo è un fatto che ha rapporto colla specie più rara di placenta previa, cioè la centrale, aggiungendo in riguardo al metodo di *Simpson*, che alcuni lo hanno voluto escludere sempre, mentre sapendolo usare, non come metodo generale, ma a tempo e luogo, può renderci dei servigi, come è riescito bene nel caso da me narrato. In conforto di tal metodo mi restringerò per esser breve a notare che il *Balocchi* nell' ultima edizione del suo Manuale Ostetrico dell' anno 1871, dopo avere esposte le controindicazioni ammesse dallo stesso *Simpson*, riferisce in una nota, alla pag. 347, di averlo usato quattro volte e di avere avuto sempre salva la donna.

——

TRADUZIONI E RISTAMPE

La Sinfisiotoma in Napoli. — Pel prof. *R. Novi.*

(Archivio di Chirurgia pratica di *F. Palasciano.* Vol. X. N. 3 e seg.)

I. *Storia.* — È ormai quasi un secolo da che per la prima volta nell' Ospedale degl' Incurabili venne eseguita la Sinfisiotomia da *Domenico Ferrara*, professore di ostetricia. Il suo discepolo *Pasquale Leonardi Cattolica*, ostetrico valentissimo ne fa fede con queste precise parole nella introduzione allo studio della ostetricia di *J. L. Baudelocque* (Ostetricia, tradotta dal francese. Napoli 1842, Tom. I. pag. 20).

« *Domenico Ferrara*, istituito in Francia, fu il primo che bandì tra noi le assurde manovre dell' ignoranza, e stabilì i principi della buona pratica. Pieno di zelo per l' arte, e per la gioventù egli dettò lezioni di ostetricia nella cattedra cui noi oggi siamo succeduti. La sua scuola fu un seminario donde uscivano moltissimi allievi, che propagarono tra noi le teoriche della ragione, e della vita. Distratto da una pratica di cui altri non ebbe mai più estesa, egli non pubblicò le sue dottrine, ma queste depositate nei manoscritti delle sue lezioni attestano tutto il valore del loro autore. La nazione ricorderà infinite operazioni la cui storia sola potrebbe formare un' opera utilissima all' arte. Fra le molte di esse giova rammentare quella della sinfisi eseguita nel 1774, nel grande Ospedale degl' Incurabili in persona di una donna affetta da rachitismo, che visse per molto tempo, e fu testimone del valore dell' illustre operatore, come non sarà mai una prova di più per adottare un metodo, che noi vedremo altrove non essere quello prescritto dalla ragione ».

Dietro tanta testimonianza credo non possa mettersi in dubbio, che il taglio della sinfisi del pube per vizio di strettura del bacino, presso noi, sia stato eseguito tre anni prima che lo fu in Francia, nella ormai storica don-

na Souchot, ed un anno dopo che *Sigault* riprodusse la sua tesi alle scuole d' Angers (1).

Nel 1787 o 1788 fu fatta la seconda operazione di sinfisiotomia dallo stesso *Ferrara*, in una donna chiamata Vittoria, di Montesarchio, come rilevasi da una lettera del Dott. *Pontrelle*, chirurgo maggiore del Dipartimento di marina di Messina, diretta al Prof. *Galbiati*, e da questo consegnata come documento storico all' Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, nei cui archivi sta conservata. La lettera è la seguente:

« Sig. Collega ornatissimo. — Nella novella traduzione della Medicina Legale di *Fodéré*, in una appendice alla nota segnata (N. 1) a pagina 274, Tom. II, si assicura dal traduttore che tranne le due operazioni cesaree eseguite ultimamente dal Sig. *Cattolica*, e *Mancini*, non vi è tradizione, nè registro alcuno di altre simili operazioni fra noi, e nega precisamente quelle eseguite dal Sig. *Ferrara*, e *de Donno*. Egli si duole che in una memoria scritta espressamente nel 1819 per confrontare i risultamenti della incisione della sinfisi del pube, con quelli del

---

(1) Il ragguaglio delle date fra la prima operazione di *Ferrara* e quella di *Sigault* è caduto primamente sotto gli occhi dell'Archivio. Noi non attribuiamo grande importanza al fatto, ma crediamo molto valida la testimonianza di *Pasquale Leonardi Cattolica*, perchè avverso alla Sinfisiotomia. Sicchè per noi è certo che *Ferrara* operò la Sinfisiotomia su la vivente prima di *Sigault*. E notisi che il luogo di *Cattolica* citato dal *Novi* fu riprodotto dal suo autore in una edizione di Milano con alcune varianti che non avrebbero potuto essere stampate in Napoli; e pur la data dell' operazione di *Ferrara* vi rimane la stessa. Fra gli scandali di cui è piena la storia della Sinfisiotomia ora si aggiunge questo altro, che mentre *Sigault* otteneva una pensione dal governo francese e la Facoltà faceva coniar una medaglia con la effigie del decano e la leggenda: *Anno 1768, sectionem symphyseos ossium pubis invenit, proposuit; anno 1777, fecit feliciter M. Sigualt, d. m. p. juvit Alphonsius Leroy, d. m. p.*; — *Domenico Ferrara* otteneva in Napoli appena di aver la tomba comune col suo discepolo *De Donno* a Caravaggio, tomba che fu distrutta dalla reazione del 1848, perchè discepolo e maestro erano di fede repubblicana.

P.

taglio dell' utero, si han voluto moltiplicare ad arbitrio degl' infelici successi dell' isterotomia, ed assicura che dietro le più minute indagini prese per questo articolo risulta esser falsi i due fatti attribuiti ai succennati *Ferrara*, e *de Donno*. Io per onore del vero posso assicurare qual testimone oculare l' operazione del taglio dell' utero eseguita dal già Sig. *Ferrara* circa l' anno 1791. La bambina estratta era vivente, e morì 24 ore dopo, perchè malmenata nell' utero per quattro giorni di seguito prima che la madre cedesse all'unanime sentimento dei Prof. *Cotugno*, *Dolce*, *Sementini* padre, *Ferrara*, *Franchini*, *Antonucci*, ed altri. Ella morì il terzo, o quarto giorno dopo l' operazione, diretta esclusivamente dal Sig. *Cotugno*; ed il *Ferrara* dopo alcuni mesi ci presentò in secco l' intero bacino di questa donna fra le sue lezioni di ostetricia, che soleva dare nel teatro anatomico degl' Incurabili. Io in quell' epoca mi trovava tra il numero dei giovani nel suddetto luogo.

« Alla nota pei segnata (N. 1) della citata opera pag. 301, Vol. 2° si legge che Vittoria di Montesarchio fu operata della sinfisotomia dal Sig. *Ferrara* circa 22 anni indietro, questo è un altro errore: poichè quella soffrì una tale operazione circa il 1787 o 88, e perciò il 22 doveva dirsi 32. Sarebbe quindi regolare che il Sig. *Miglietta* emendasse gli errori, e confessasse in fronte al IV volume della sua traduzione non ancora impresso, di essere stato ingannato dai suoi corrispondenti ».

Da quest' epoca per colpevole noncuranza la storia delle varie sinfisotomie fatte nell' Ospedale degl' Incurabili fu trascurata. Solo *Galbiati* dal 1818 al 1820 ne pubblicò cinque casi, dei quali si perdettero due madri, una al quarantesimo giorno per febbre indipendente dall'operazione, e l' altra dopo il diciasettesimo; dei figli un solo nacque morto, tale però diagnosticato prima dell' operazione.

Ma già passato il primo entusiasmo la sinfisiotomia era quasi da per ogni dove ritenuta da alcuni come operazione pericolosa e grave tanto, quanto lo stesso taglio cesareo, *Burns*, *Desormeaux*, *Velpeau*: e da altri come per lo meno inutile, e ciò perchè o veniva eseguita in quei casi in cui per la grande angustia pelvica nulla potevasi da esso sperare, o per lo contrario in altri in cui il parto spontaneo, o coll' aiuto del forcipe sarebbe stato possibile. A renderla vieppiù tenuta vennero fuori alcune statistiche. *Merriman* parlando della sinfisiotomia come

nuovo metodo dice « quarantaquattro donne sono state sottoposte a questa operazione in diversi paesi, e 14 feti soltanto sono stati salvati, e trenta madri, e delle ultime molte restarono inferme, o coll' incontinenza dell' orina, o con altri più gravi incomodi per tutto il rimanente della loro vita; e termina il suo articolo col dire, che il cattivo successo di questa pratica la ha fatto cadere in totale disuso, e la memoria del medesimo può attualmente essere utile soltanto per renderci cauti in avvenire nell' adottare con inconsideratezza, e con fretta quei metodi pratici, che non sono sostenuti da un giusto raziocinio, nè sanzionati dall' esperienza. (*Merriman*. Sinossi sulle varie specie di difficoltà di parto, pag. 162).

Lauverjat nota che in 18 operazioni, 21 individui, madri, e bambini sono soggiaciuti e che fu mestieri passare in seguito due volte alla operazione cesarea, che cinque sinfisotomie furono susseguite da incontinenza di urina, ed una da zoppicamento (Nouv. meth. de prat. l' oper. césar. pag. 312).

La statistica notata da *Clauzure*, e citata da *Frontera* dà che di 157 operazioni, 72 donne sono morte, non registrando che solo tre feti vivi.

Nè conforto alcuno recar poteva nell' animo dei chirurghi la statistica di *Baudelocque*, che di 33 donne operate, 12 morirono per gli esiti dell' operazione, e soli 13 feti furono salvati.

Ma quando si esaminano partitamente questi fatti, bene a ragione dice il ***Balocchi*** (***Balocchi***. Ostetricia, pag. 808), si vede chiaro che il maggior numero dei feti è stato estratto per i piedi, comunque presentassero la testa, ed ognuno comprende che il successo sarebbe stato ben differente se si fosse lasciata la espulsione alla natura, o se si fosse adoperata la leva, o il forcipe; dippiù in molte è stata eseguita la sinfisotomia al di sotto dei tre pollici meno un quarto (0^m072), cioè in condizioni che espongono alla lacerazione delle sinfisi sacroiliache. Questo accidente sarebbe sempre evitato tenendo possibilmente per limite inferiore due pollici e tre quarti (0^m072) nel difetto del bacino, perocchè con un divaricamento da 18 a 20 linee (0^m040 a 0^m044) la via diverrà generalmente sufficiente per il passaggio della testa.

La scuola napoletana però ritiene per limite inferiore due pollici e mezzo (0^m067), nè mancano casi eccezionali in cui è stata eseguita con felice risultamento a due pollici e un quarto (0^m061) nel diametro antero-posteriore,

come mostrerò in ultimo in un quadro statistico di tutte le operazioni di sinfisotomia fatte nell' Ospedale degl' Incurabili dal Gennaio 1866 al Settembre 1872, statistica che il prof. *Derchia* ha riportata in parte, cioè dal 1° Gennaio 1866 al 30 Agosto 1870, in una sua memoria sull' operazione della sinfisotomia. (Unione Medica 15 Novembre 1870).

Per quanto poi saggiamente dice il ***Balocchi***, che il successo delle operazioni raccolte dal ***Merriman*** e dal ***Baudelocque*** sarebbe stato ben differente se si fosse lasciata alla natura la espulsione del feto, o se si fosse adoperata la leva o il forcipe, è necessario notare che ciò era stato fin dal 1818 detto da *Galbiati* in una memoria letta all' Accademia Medico-Chirurgica di Napoli nelle tornate dei 30 Giugno 1818 e 31 Maggio 1820, che interamente trascrivo.

« Infra tutte le operazioni che sono solite a trattarsi dai chirurghi, la sinfisiotomia, a parer nostro, fu più che altra mai quella la quale meritò nel tempo stesso maggiori suffragi, e poi acrissime persecuzioni sostenne nel paese medesimo, ove la fu proposta, e praticata la prima volta. Diffatti è noto oggidì per la storia che gli assai chirurghi che ne furono i zelantissimi apostoli opinarono sulle prime essere possibile con essa levare al bacino muliebre qualunque difetto, che la mala formazione delle ossa che lo compongono avesse luogo, e tale che presentasse al parto insuperabili difficoltà. Mentre che tra i più acri persecutori non mancò chi inutile la credette e nocevole, e perchè per essa appena per due pollici aumentar si poteva il perimetro del bacino, ed il diametro sacro pube di sole sei linee, e perchè irritazioni gravissime era d' uopo produrre alle sinfisi sacro-iliache, quante volte spazio maggiore fosse all' uopo richiesto, irritazioni assai peggiori della stessa difficoltà che per quei difetti ci è a partorire.

« Intanto che in Francia così si ragionava dai più dotti dell' arte nostra, e che non mancavano proseliti di arrolarsi sotto le bandiere degl' uni, e degl' altri, noi in questo remoto angolo dell' Italia nostra facevamo ricco tesoro di fatti, onde sottoposti questi a fredda calcolatrice ragion pratica, riuscire di sciorre la grande quistione per lo vantaggio della scienza e per lo bene dell' umanità languente per morbo. Così sin dai primi anni del secolo corrente insieme col nostro antico maestro *Amantea*, uomo che alla dottrina dell' arte nostra che ei possedeva

estesamente, univa carattere generosissimo, e benefico, e di cui per molti anni compiangeremo la perdita, calcolando rettamente gl' inconvenienti veri, ed esagerati che erano nella operazione della sinfisiotomia, ed i vantaggi che potevano da essi tornare, così come la osservazione dimostrato ci aveva parecchi essersene già avuti nel nostro paese: e veggendo altronde la operazione cesarea essere sempre tra noi riuscita funesta alla madre, difficil cosa non fu con la guida dei fatti, e di ogni buona ragione pratica lo stabilire tra le stesse un confronto, e dare alla prima quella preferenza che si meritava, quante volte però fosse stata instituita con modificazioni tali da renderla certa, e sicura nei suoi più particolari risultamenti. Sperimentando ci venne fatto conoscere laddove mirar dovessero queste modificazioni, onde della operazione giovarsi, e comprendemmo non in altro potere le stesse stare, che nel non operare il parto artificialmente dopo il taglio della sinfisi del pube, ma sì bene essa abbandonare alla sola opera della natura. Così cercando questa teorica idea di applicare al fatto onde osservare se noi ingannato avesse il ragionare, avvenne caso finalmente tale da prendere sperienza, e sì fattamente da corrispondere a pelo a ciò che si era per noi immaginato. Allora fu che stabilir potemmo come canone generale dell' arte nostra, essere la sinfisiotomia operazione utile a praticarsi, potere la operazione cesarea surrogare, e riuscire finalmente innocua alla madre così, come salutevole pel feto, quante volte instituita fosse con quelle tali modificazioni or ora esposte, e con tal metodo che, come primo tra noi a praticarsi ben possiamo dire alla scuola napoletana propriamente appartenere. Né questo nostro opinare trovammo già contraddetto in appresso dalla ragione; imperciocchè e l' uno, e gli altri come mostreremo, ce ne fornirono mai sempre lucidissime prove. Così mentre *Baudelocque* acrissimo riprensore di cotale operazione, sosteneva per lo innanzi non esserci caso in cui ella potesse convenire, se non che allora quando era pur possibile alla natura di operare il parto coi propri suoi sforzi, in successo di tempo fatto più saggio, cangiando modo, e pensiero, opinò assai meglio potersi ella praticare talvolta, ed allorquando il diametro sacro-pube misurasse più che due pollici e mezzo di sua lunghezza, o sia che fosse della misura tra i due pollici e mezzo ai tre (§ 1139, edizione del 1807).

« Ma che non può in petto umano la proclività ai partiti! Chè uomo saggio come l'illustre ostetrico francese, pur volle tenersi in errore, non ostante che conosciuto avesse in appresso potere quella operazione ch' ei tanto disprezzava essere richiesta talvolta al bene della cosa. È l' error fu che disapprovar volle egli quel metodo che abbiamo noi vantaggiosissimo riconosciuto, val quanto dire abbandonare all' opera della natura, dopo sciolta la continuità della sinfisi del pube il restante del parto. Così di vero al § 2136 dell' ultima edizione della sua opera sui parti dichiara « che allorquando ricorrer si voglia allo esposto metodo, di aprire cioè con taglio la sinfisi del pube, e far che la natura disbrighi il resto del parto, se per un lato minorano a pro del feto gl' inconvenevoli inseparabili dall' operazione della sinfisiotomia, quegli proprì della madre veggonsi aumentar fuor di misura ». Ma ove ragionar si voglia nettamente si conoscerà per avventura esser questo del pratico della Senna, e dei soli suoi fautori pur falso opinare, e contrario già ad ogni buona ragione, ed ai fatti.

« Imperciocchè: 1. Chi non conosce oggidì, che laddove la sinfisiotomia trista operazione si reputa, avviene ciò unicamente per la irritazione molta che si procura alle sinfisi sacro-iliache, qualvolta restino esse sforzate per la violenza con la quale, dopo sciolta la sinfisi del pube, si opera il parto artifizialmente e tosto col rivolgimento del feto? Or se questa opera adempier si faccia alla natura, e che la testa del feto sotto le contrazioni dell' utero a grado a grado si apra il passaggio naturalmente; chi non intende che per siffatta maniera il perimetro del coronamento del bacino si dilaterà lentamente e al maggior grado possibile, e così pure le sinfisi sacro-iliache cederanno senza correr pericolo di lacerarsi giammai?

« 2 A chi non è straniero nell' arte dei parti, è pur noto, che sovente la testa del feto, anche allorquando i diametri del bacino sono così come esser debbono per parto felice, suole allungarsi per la sopra posizione delle sue ossa, da diminuire la lunghezza de' propri diametri per adattarli a quei del bacino; ed avvenir ciò allorquando trovasi essa al coronamento e sotto le reiterate contrazioni dell' utero. E pur talvolta è avvenuto osservare adattarsi ancor ella in varia maniera a' voti morbosi ch' erano nel bacino in caso di mala formazione di questo. Ora chi non accorge che cotal vantaggio, il quale si

ottiene soltanto per le lente operazioni della natura e che talvolta arriva a diminuir di mezzo pollice i diametri della testa del feto, anderebbe certamente perduto, ove, dopo eseguita la operazione della sinfisiotomia, bruscamente e tosto far si volesse la estrazione del feto?

« 3. Sferoidea com' è la testa del feto e passar dovendo stentatamente per un canale totalmente osseo; chi è così negato alla ragione che calcolar non debbe, come a poco a poco spinta quella per le contrazioni dell' utero a traverso esso canale (allorquando sia questo sciolto in un punto della sua continuità per la separazione delle ossa del pube da lasciar tra esse alcun vôto) intrappor debba in questo vôto una porzione, benche picciola di essa, da diminuir sempre più relativamente le difficoltà al partorire? Imperciocchè così mettonsi meglio in rapporto i diametri della testa del feto con que' del bacino. E tal vantaggio ottener certamente non è concesso, o con grave stiramento dei ligamenti, che uniscon tra loro gli ilei ed il sacro, si ottiene, e quindi con irritazioni funeste che hanno luogo alla madre; quante volte fatta la operazione, che si esamina, operar si voglia e tosto l' estrazione del feto.

« (*A cosifatte considerazioni il sig.* Gardien *ne aggiunse un' altra, che ben può valere ad aumentare il numero delle ragioni che sostener possono la convenevolezza del nostro opinare. Vale a dire che la testa del feto al passare per un bacino, che abbia difettive dimensioni, guadagna anche assai spazio, poichè le protuberanze parietali non s' impiegano simultaneamente nel piccolo bacino, sì bene l' una l' altra precede*).

« 4. Finalmente perchè operandosi pel tal maniera il parto naturalmente, ma dall' arte preparato, nessun pericolo correr potrebbe la vita del feto, la cui testa può con lenti sforzi nterini, più che con le brusche e precipitose manovre dell' artifiziale estrazione di essa, meglio acconciarsi alle strettezze del bacino con la sopra posizione delle sue ossa. La qual cosa di rado si è ottenuta, operando il parto artifizialmente dopo il taglio del pube.

« Or se al parere degli avversarii della sinfisiotomia il diametro sacro-pube del bacino muliebre aumenta in lunghezza mezzo pollice, tosto che sia sciolta la sinfisi del pube col taglio di essa e scostate istantaneamente le coscie tra loro; quanto maggiore non sarà mai questo aumento, qual volta, improntando il nostro metodo, si procuri di evitare la irritazione alle sinfisi sacro-iliache;

onde maggior ampiezza ottenere nel perimetro del bacino? Per la qual cosa possiamo noi ben calcolare in questo confronto, anche creder si voglia minimo il termine della dilatazione del bacino, aumentarsi certamente il diametre sacro-pube non già di mezzo pollice, come nel caso degli avversari, sì bene di sette, otto, o nove linee. Ed ammessa la diminuzione che si ottiene ne' diametri della testa del feto con la sopra-posizione delle sue ossa, diminuzione che calcolar si può benissimo di mezzo pollice senza che il feto corra pericolo alcuno, come abbiamo esposto, noi avremo già nel ragguaglio tra l' aumento del diametro sacro-pube e tra la diminuzione de' diametri della testa del feto, il certo guadagno assoluto di un pollice o di un pollice e un quarto. Aggiunto a questo il guadagno che si ottiene di due o tre altre linee per lo immettersi una porzione della testa del feto tra il voto che lasciano tra loro i pubi separati per lo taglio della sinfisi; noi avremo certamente nel calcolo totale relativo il guadagno assoluto di un pollice e mezzo nel diametro sacro-pube operando la sinfisiotomia.

« Intanto essendo noto per le dottrine di ostetricia che lo diametro più piccolo della testa di un feto maturo, quando non siano in essa vizi di formazione, ecceder non può mai in lunghezza la misura di tre pollici, di tre ed un quarto, raramente di tre e mezzo; chi venir vorrà oramai dubitando convenir benissimo la operazione della sinfisiotomia anche allorquando per mala formazione delle ossa del bacino il diametro sacro-pube di esso misuri di lunghezza due pollici e mezzo o due ed un quarto? Imperciocchè per quella ottenendosi lo spazio di un pollice o mezzo, come abbiam mostrato, e due pollici e mezzo o due ed un quarto essendo quello che già vi esiste, com' è supposto, noi avremo la misura totale del diametro antero-posteriore di circa quattro pollici. Or chi potrà essere così stranamente ragionando, che a sostener si faccia non essere cotanto spazio bastevole a disbrigare il parto, se tutto dì veggiamo operarsene a mille per traverso uno spazio simile, e forse anche più angusto, com'è quello che per avventura si osserva in ogni bacino ottimamente formato?

« Che se poi per mala formazione del bacino questa angustia che si esamina anzi di essere al diametro sacro-pube, fosse piuttosto ai diametri trasversali od obbliqui; noi certamente col taglio della sinfisi del pube assai maggiore aumento avremo del testè mentovato da accredita-

re sempre e poi sempre più questa eroica operazione. Ed il ragionarne davvantaggio sarebbe fastidio grandissimo a chi avverrà che legga questa scrittura, e non iscarsa noia ed inutil fatica costerebbe a noi stessi per ripetere il già detto o qualunque cosa ne hanno scritto gli autori in ostetricia.

« Così ragionando l'animo nostro diventava più forte per cimentare con sicuro successo il fatto, onde la importante quistione finalmente appianare. Ed il fatto, come esporremo nelle seguenti osservazioni, pienamente corrispose al nostro ragionare.

Osservazione 1. — Al benemerito nostro maestro, Dott. *Amantea*, avvenne primamente la favorevole occasione di sperimentare il novello metodo di regolare l'operazione della sinfisiotomia, così come da me e da lui si proponeva per le ragioni sinora esposte. Fu ciò circa l'anno 1807, ed in persona di una povera donna diformata dal rachitismo, abitante in via de' Mercanti. Era costei tràvagliata da quattro giorni per dolori atroci del parto, senza che si osservasse mettersi questo al suo termine; e così lungo patire l' aveva sfinita talmente delle proprie forze che deplorabile era in tutto il suo stato. Venne in cosifatta trista congiuntura implorato il soccorso dell'uomo benefico, quale sollecito sempre di prodigalizzare le sue cure a qualunque, non sapeva giammai risparmiarne di preferenza il più indigente. Calcolando egli intorno le cagioni che il parto in quella infelice donna ritardavano e rendevano laborioso, colpito dalla diformità che chiara si mostrava ne' tratteggiamenti di lei, non tardò a comprendere che il parto difficile si rendeva per strettezze ch' esser doveano al bacino per mala formazione delle sue ossa. Difatti messosi ad esplorar la donna all' interno, conobbe chiaramente falso non essere stato il suo giudizio; chè impossibil cosa gli fu due dita parallele introdurre in vagina per misurare il diametro sacro-pube, e solamente con la più possibile esplorazione scandagliar potette i diametri laterali del superiore e del basso distretto, da trarre bastevol argomento onde decidere, essere per la mala formazione delle ossa fatto angusto il bacino quasi quasi ne' due terzi del diametro laterale nell' un distretto e nell' altro. Ed intendendo altro mezzo non esserci per terminare il parto, volle la sinfisiotomia tentare con quelle modificazioni già razionalmente proposte; onde con questo primo sperimento la dottrina per noi esposta convalidare. La eseguì prontamente con quel-

la destrezza propria di lui; e quindi, anzi di venire alla estrazione del feto incontanente, questa confidò piuttosto all' opera della natura, osservando quelle regole richieste alla bisogna. La donna meravigliosamente partorir vide dopo alcune ore della già fatta operazione; come partorir si osserva ne' casi più comunali, senza altro che l' ordinario patire. E se dopo quaranta giorni del parto mancò ella a' vivi, fu ciò certamente non per effetto della operazione stessa, ma sì bene per una febbre, dalla quale venne poscia tormentata, estranea affatto alla operazione e piuttosto decorsa in lei per i disagi ed i gravi tormenti patiti anzi di soggettarvisi.

Osservazione 2. — Lucia Amato stando co' dolori di parto nell'Ottobre 1815, ed osservandosi da' suoi congiunti non poter ella mettere a luce facilmente il germe che portava nell' utero, fu trasportata nel grande Ospedale degl' Incurabili. E cercando i professori di quello Stabilimento d' indagar la cagione per cui riusciva in lei difficile il partorire, mossi dalle apparenze di tale mala formazione delle ossa, quale generalmente scorgevasi ne' tratteggiamenti della sua persona, furon solleciti di esplorarla onde giudicare delle misure del bacino. Trovarono di fatti che qnesto non era così ampio come è richiesto alla sua buona formazione, e che il diametro sacro-pube, offerendo unicamente allo scandaglio la lunghezza di due pollici e quattro linee, non era tale da permettere il passaggio alla testa del feto. Fu perciò deciso praticare in lei l'operazione della sinfisiotomia, quale fu tosto con le regole dell' arte eseguita. Ma siccome il feto presentava i piedi, anzi che la testa, alla imboccatura dell' utero; così fu d' uopo allontanarsi dal metodo per noi proposto, di abbandonare cioè alla natura la nascita di esso: e fu perciò richiesto farne la manuale estrazione. Per tal maniera uscì egli dopo la manovra vivo, sì, ma maltrattato talmente, che mancò a' vivi dopo il corso di due giorni.

Prendendo esperienza di ciò che particolarmente avvenne in questo caso, riguardo alla madre ed al feto, noi notammo; 1° che le ossa del pube, dopo essere state sciolte nella loro continuità col taglio della sinfisi mentre la estrazione del feto si eseguiva, si allontanarono tra loro circa due pollici e mezzo; 2° che a misura che passar si faceva l' occipite pel vuoto che lasciavano tra loro le ossa separate col taglio, le parti molli che soprastanno al pube si estollevano gradatamente mostrando che le sottoposte seguitar dovevano lo stesso movimento; 3° che

il diametro minore della testa dello stesso feto misurava in lunghezza pollici tre e due linee, e quattro pollici il maggior diametro.

Tra il discorrer la prima settimana dopo l' operazione eseguita, non patì sintoma qualunque, che dir si vorrebbe grave. la infelice donna che fu il soggetto della presente osservazione.

Ciò non ostante morì ella dopo il diciottesimo giorno che l' operazione fu fatta; morì per febbre da cui venne in seguito travagliata.

(*Vegg. il ragguaglio esposto nella memoria per noi prodotta a luce nel 1819* (*Napoli presso Porcelli*). — *In cosifatto caso fu richiesto non usare affatto del nostro metodo, poichè il feto si presentava pe' piedi; e fu opinione del più dei consulenti che il volere abbandonare il parto alla natura, dopo che era stata sciolta col taglio la continuità delle ossa del pube, sarebbe stata la stessa cosa che morire il feto al momento dell'uscita sua dell' utero. Siccome però osservammo la manuale estrazione, che del feto si fece, aver corso trista riuscita; così proponghiamo (laddove altro simile caso succeda trattare in avvenire e non riesca all' uscita avvicinare la testa del feto) questo lasciare uscire pe' piedi, così come trovasi situato e dopo eseguita l' operazione, abbandonandone l'opera alla natura. L'evento potrà appresso giudicare della ragionevolezza di questo nostro opinare*).

Osservazione 3. — Corrente il dì 8 Maggio dell'anno 1818, venne recata all' Ospedale grande degl' Incurabili una tal donna, detta Emmanuela di Chiara, dell' età di circa anni 33, difformata dal rachitismo, di statura bassissima, tormentata da dolori di parto. Manifesta essendo la cagione, che difficile rendeva in lei il parto, esplorar si volle; ed il dito introdotto a mala pena in vagina toccava la base dell' osso sacro. Fu misurato il suo bacino col compasso del *Baudelocque*, ed il compasso segnava all' indice pollici cinque e due o tre linee: i pelvimetri interni adoperati misuravano intanto pollici due ed alcune linee. Quantunque fosse stato di ciò, fu pur deciso assoggettar costei alla operazione della sinfisiotomia. La quale per noi eseguita incontanente, pensier ci mosse regolarla in tutto col metodo per noi novellamente proposto, confidando cioè alla natura il disbrigo del parto. Per la qual cosa a riuscirci più acconciamente e più facilmente, fu la donna immersa in bagno fatto tepido; il

quale valse a rendere più efficaci i dolori del parto: e fu commesso a due aiutanti il sostenere le coscie di lei durante il più grave de' dolori, perchè evitato si fosse istantanea violenza e stiramento che avvenir potesse alle sinfisi sacro-iliache. Così facendo, partorì la donna due ore e poco più dopo l' operazione, dando a luce un feto sano e vivente. Era questo, come la osservazione ci mostrò, al termine compiuto del suo sviluppo: aveva regolare grandezza: e la sua testa misurata pochi istanti appresso il nascer che fece, aveva nel suo minor diametro la lunghezza di tre pollici e due linee, e nel maggiore quella di quattro pollici: leggero tumore si scorgeva alle parti che erano all' occipite, tumore formato non solamente dalle parti molli, ma sì pure dall' osso sottoposto, e quale corrisponder si vedeva al vuoto dei pubi separati, a traverso il quale eransi quelle parti insinuate nello scender la testa oltra il coronamento. Questo bambino fu allora per la circostanza mandato alla casa degli esposti ond' esser nutrito ed allevato; ed egli sopravvisse, così come or tuttavia è tra i viventi.

La donna operata fu intanto governata opportunamente, appena, che ebbe partorito medicando la ferita fatta per il taglio del pube con que' mezzi che son proprii dell' arte nostra, e cingendo con fascia intorno il bacino per procurare più intima unione delle ossa del pube separate tra loro. Non ebbe ella che leggieri sintomi d' irritazione, corrente la prima settimana dopo l' operazione, quali furono tosto curati con opportuni rimedi: e le restò mobile il bacino sino al trentesimo giorno, scorso il quale si osservò la sinfisi tagliata perfettamente riunita, e rammarginata la piaga dopo la quarantesima giornata, in fin della quale uscì l' inferma dallo Spedale compiutamente guarita.

(*Se ne possono riscontrare i particolari nella citata nostra Memoria. Unicamente è richiesto qui aggiungere che l' Accademia Medico-Chirurgica volle, dopo esser guarita tale inferma, che si fossero novellamente scandagliate le misure del suo bacino; e ciò alla presenza del già illustre Sig.* Cotugno, *non che del Sig.* Santoro, *o di altri medici-chirurghi. E diffatti si osservò essere lo spazio sacro-pube di lei non più lungo di due pollici e due linee, ed esser successo il saldamento della cartilagine recisa al pube, non che in questo tal punto osservarsi un infossamento di una linea circa*).

(*continua*)

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Alterazioni anatomiche nel Colera.

Il dott. *Hayen* nella presente epidemia di Parigi ha fatto alcune ricerche anatomiche, i risultati delle quali ha comunicato alla Società Medica degli Spedali nella seduta del 19 Settembre 1873. In un individuo nello stato algido con una temperatura ascellare di 34°, esaminato il sangue, questo presentava globuli rossi viscosi, senza la tendenza a riunirsi in colonne, ma irregolarmente aggruppati; aumento di globuli bianchi; presenza di piccoli globuli rossi tre volte più piccoli degli ordinari. In un altro malato, morente, ma dopo un lungo periodo di reazione, il sangue non presentava altra anormalità, ad eccezione d' un piccolo aumento di leucociti. Non fu possibile distinguere traccia alcuna di protorganismi. Non crede le notate alterazioni caratteristiche del colera.

Nelle deiezioni ha trovato molti vibrioni, appartenenti a non meno di 10 varietà, alcune volte riunite tutte nel medesimo saggio: ma non sempre le stesse varietà si trovano nelle deiezioni di tutti i colerici, per cui non può dirsi che ve ne siano alcune speciali al colera. In tre casi *Hayen* ha trovato degli organismi, che assomigliavano, alla lontana, a frammenti di grosse fibre muscolari striate, e che non potevano riportarsi ad alcuna delle varietà di vibrioni fin qui descritte. — I proto-organismi più numerosi e più costanti, che costituivano la quasi totalità de' fiocchi biancastri caratteristici delle deiezioni coleriche risiformi, sono costituiti da piccole vescicole arrotondate od ovoidi, isolate o raggruppate a due a due, a tre a tre, e riunite in ammassi considerevoli. Sono probabilmente quelli stessi elementi che in Germania si distinguono col nome di micrococchi. Crede l' autore sia difficile per adesso pronunziarsi in favore di un parassita speciale; ma che le deiezioni coleriche sieno costituite da un liquido ad uno stadio assai avanzato di putrefazione, anche ne' primi periodi del male, avanti che i fenomeni più ca-

ratteristici del colera si facciano appariscenti. — Neppure le alterazioni che presenta il tubo digestivo sono per *Hayen* caratteristiche. Il suo colore è rosso intenso, la sua tinta violacea per l' iperemia venosa, il tubo digestivo costantemente disteso da una grande quantità di gas e di liquido, che varia da due a tre litri, e che si trova anche ne' casi di colera così detto secco. Vuotato l' intestino del suo contenuto, si presentano i segni d' una gastro-enterite generalizzata a tutto il tubo intestinale, talvolta dall' esofago al retto, col suo maximum negli ultimi metri dell' intestino tenue e le prime porzioni del crasso. La psorenteria era assai meno pronunziata che nell' epidemia 1865-66. — L' esame microscopio dava: stasi principalmente venosa della rete mucosa e sottomucosa, talora fino alla sommità dei follicoli, desquammazione epiteliale spesso completa, ed epitelio cilindrico mescolato all' essudato e infiltrato di granulazioni grassose; epitelio glandulare persistente, ma grandemente granuloso, di rado vescicolare; il tessuto della mucosa e delle villosità ricco d' elementi linfoidi e congiuntivi recenti, ripieni di granulazioni grassose; alcune volte villosità scomparse; mucosa rigonfiata e ripiena di globuli bianchi, che accumulati nei follicoli, costituiscono la psorenteria. Queste alterazioni sono più o meno sviluppate, secondo i casi, ma non differiscono da quelle proprie d' un' intensa infiammazione catarrale.

Conformi a questi sono per la massima parte i resultati ottenuti da *Keisch* e *Renaut*, e presentati alla Società Medica degli Spedali nella seduta del 26 Settembre (Progrés Médical N. 17 e 18). Dopo avere accennato ai lavori fatti specialmente in Germania, gli autori riportano le loro osservazioni, dalle quali credono di poter concludere le lesioni principali che si riscontrano nel colera essere quelle dell' infiammazione acuta e cronica, analoghe alle lesioni, che si riscontrano nella febbre tifoide, nella tubercolosi intestinale e nella dissenteria, e potersi riassumere ne' punti seguenti. Sviluppo di tessuto embrionale nella mucosa e sostituzione di questo tessuto alle glandule di Lieberkühn, congestione del tessuto sottomucoso, rigonfiamento delle cellule piatte, neoformazione di giovani cellule a spese degli elementi preesistenti, alterazione della membrana interna di vasi sanguigni e linfatici, iperplasia del tessuto linfatico, rammollimento centrale granulo-grassoso di follicoli chiusi.

Esaminando il sangue trovò prima un grande aumento di globuli rossi, che raggiungono il maximum nel periodo algido, quando è appunto al colmo la fuoruscita del siero, e diminuiscono gradatamente nel periodo di reazione. Grande è pure l' aumento de' globuli bianchi, de' quali si osservano da 40 a 56 nel campo del microscopio, con un ingrandi-

mento di 450 diametri. In una donna, il sangue della quale fu osservato il 20 Settembre durante il periodo algido, il sangue conteneva (Metodo di misurazione Malassez) 7,489,000 globuli rossi e 27,800 globuli bianchi per millimetro cubo, l'indomani con un leggero miglioramento il numero di globuli rossi scese a 6.388,400; e quello de' bianchi a 27,000; il 22 col medesimo numero di globuli bianchi se ne avevano solo 5,560,000 di rossi; il 23, in piena reazione, il numero de' globuli rossi era di 4,109,000 per millimetro cubo, cioè quasi la cifra normale. Crede l'autore che l'aumento de' globuli rossi nel periodo algido sia dovuto alla perdita sierosa; ma che la loro diminuzione graduata durante la reazione si debba a due elementi causali differenti, cioè alla restituzione delle parti acquose, ed alla distruzione d'una certa quantita di globuli rossi, de' quali si trovano gli avanzi sotto forma di orocromo nella ristabilita secrezione urinosa. I globuli rossi oltre all'aumento nel loro numero presentano una notevole diminuzione nel loro volume; e i piccoli globuli diminuiscono gradatamente col declinare della malattia, scomparendo affatto a guarigione completa, forse per scomposizione e distruzione loro. L'aumento de' globuli bianchi non è intieramente dovuto alla stasi, essendo anche il loro rapporto coi rossi aumentato, e ciò forse a cagione delle numerose lesioni che subiscono nel colera gli organi linfoidi dell'intestino.

Trchudnoxky di Pietroburgo ricercò le alterazioni anatomico-patologiche del *fegato nel cholera* « . . . . . Nel *parenchima epatico* si rinvennero le alterazioni caratteristiche delle malattie da infezione, cioè: ingrossamento delle cellule, intorbidamento del loro contenuto sino alla completa scomparsa dei nuclei, incertezza dei contorni delle cellule, e finalmente distruzione delle cellule. Nella *sostanza connettiva* del fegato si trovò una moltiplicazione delle cellule. La *membrana intima* delle arterie mostrò molto sviluppate le piaghe longitudinali con restringimento del lume del vaso. I capillari erano pieni di sangue, le diramazioni della *vena-porta* ripiene di trombi, che si trovavano in diversi stadii di regressione. L'epitelio dei condotti escretori era rigonfio, affetto da degenerazione quà granulare, là adiposa. Così tutti i tessuti del fegato erano alterati; alcune di queste alterazioni avevano un carattere infiammatorio e tali erano quelle delle cellule epatiche, del tessuto connettivo, e dei condotti escretorii; altre erano sequele dei disordini circolatorii, e tali erano quelle delle cellule epatiche e dei vasi sanguigni. Tutti i dieci fegati esaminati, dai 3 ai 10 giorni di malattia, (uno sino ai 18) offrirono codeste alterazioni, sebbene in differente grado di svi-

luppo. Sono simili a quelle che si riscontrano nelle altre malattie da infezione . . . . . » (*L' Imparziale*, 16 *Novembre* 1873).

Estirpazione di un rene.

Nelle — Transactions of the medical association of the state of Alabama 1872 — si trova registrata un' operazione di questo genere eseguita sopra una donna di 33 anni, la quale, in seguito della sua prima gravidanza, vide quattro anni avanti, svilupparsi alla parte anteriore della regione lombare un tumore, che era sede di continui e forti dolori. Il prof. *Gilmore* praticò l' operazione eseguendo una incisione lungo l' orlo del muscolo sacro lombare e cadendo così sopra il tumore, che riposava sulla faccia anteriore delle apofisi trasverse delle due prime vertebre lombari. Egli pensava essere questo tumore un rene fluttuante, che al momento della gravidanza era stato respinto in quella posizione dall' utero gravido. Il rene compresso costantemente dal quadrato dei lombi e dal sacro lombare, si era atrofizzato, e presentava l' aspetto d' una massa fibrosa. (The Doctor).

Il dott. *Duret* osserva nel — Progrés Médical — come una delle indicazioni all' estirpazione del rene si abbia nella presenza di calcoli voluminosi all' origine dell' uretere, nel bacinetto o nel rene stesso. In questi casi, quando non voglia affrontarsi l' estirpazione dell' organo, puossi praticare la litotrizia di già tentata dal Dott. *Miquel* di Tours. Crediamo utile riportare questa interessante osservazione che mostra come si possa senza gravi inconvenienti arrivare sul rene e fare ad esso subire delle azioni traumatiche. (*Miquel*. Traitè de Chirurgie. Tours 1870). . . . . P. d' anni 52, aveva sofferto delle violenti coliche nel fianco destro che persisterono per tutta la sua vita senza che le sue orine presentassero niente di anormale. Dodici anni prima dell' operazione emise con gravi dolori un calcolo grosso come un faggiuolo, e da quell' epoca le coliche si fecero più violente e più rare, e la orina divenne scarsa, torbida e purulenta. Fatta da *Miquel* la diagnosi di calcolo renale, si decise di andare in traccia di esso dalla regione lombare, per estrarlo e triturarlo. Fece alla regione lombare con successive applicazioni del caustico di Vienna un' apertura, dalla quale con sollievo del malato sgorgava orina e per la quale potè in seguito toccare il calcolo col dito. Ingrandì a poco a poco, collo stesso mezzo l' apertura finchè potè introdurre il litotritore e triturare il calcolo. Sentì poi che ve ne era un' altro, che egualmente triturò, e che quindi uno voluminoso e ramo-

so come un corallo riempiva il calice e i bacinetti. Triturò anche questo e con pena estrarne fino a 170 grammi. Il malato era in ottimo stato, quando morì per una polmonite. L'autopsia non mostrò traccia di peritonite. Il rene sinistro era normale: il destro aveva un volume pressochè doppio, e presentava tre calcoli nella sua spessezza, non che la cavità prodotta dal caustico, ripiena di detritus, e comunicante colla ferita esterna: nel resto era pressochè nello stato normale. I fatti e le esperienze di *Simon* di Heidelber hanno rivelato che la estirpazione del rene non porta alcun fenomeno uremico, e che, il più delle volte, al momento dell'estirpazione non è divenuto che un' organo inutile ed anche dannoso, in ragione delle alterazioni di cui è sede. *(idem)*

Siroppo di latte con borato di soda. — *Pavesi.*

Tutti conoscono le importanti doti alimentari e terapeutiche del latte, perchè contiene molti principii immediati complessi, fosfatici, zuccherini, albuminoidi, proteici (caseina) od oleosi (burro), i quali favorevolmente si prestano ad alimentare i bambini poppanti senza sconcertare il loro tenero organismo. Ed invero questi indispensabili principi salini azotati, mirabilmente concorrono a formare sangue, tessuti carnei, telaio osseo, ed un graduato fisiologico accrescimento.

Finora, ch' io sappia, il siroppo di latte non è mai stato d' alcun studioso preparato nè proposto per uso terapeutico. Riflettendo che la parte più alimentare, e terapeutica del latte consiste nella caseina e nel lattoso, e che la crema, ossia fiore di latte, dal quale si ottiene il burro, è materia di azione alimentare respiratoria, di facile corrompimento, per la formazione dell' acido butirrico, di sapor mordente ed odore disaggradevole è chiaro che nel siroppo di latte di cui qui sotto indicheremo la preparazione e le proprietà, avremo una sostanza alimentare piacevole e completa.

In esso 1° Lo zucchero comune occuperebbe il posto della crema, come più conservabile. 2° Il borato di soda, di cui fa parte, si presta mirabilmente oltre a tenere la caseina allo stato di soluzione permanente, a dotare il preparato di un' azione antisettica e antifermentativa, conservante la caseina. Ecco il metodo di preparazione:

Latte vaccino recente	parti	1000
Zuccaro *pilè*	»	100
Borato di soda in polvere .	»	15

In un conveniente recipiente di terra cotta si versa il latte ed il borato di soda in polvere, si espone al calore di gradi 60 circa; sciolto il borace, si ritira dal fuoco ancor caldo, si versa in bottiglie che si chiudono, e si lasciano in quiete per ore 24 a 30; trascorso questo tempo si separa la crema che galleggia alla superficie e che può servire per gli usi domestici; il rimanente del liquido latteo si filtra per carta emporetica, da cui passa limpido, trasparente, traente all' opalino. — Di nuovo si mette a fuoco in un conveniente recipiente di terra cotta o di porcellana, si aggiunge lo zuccaro e si evapora a lento calore secondo le regole dell' arte sino a consistenza di denso siroppo; raffreddato si conserva in bottiglie ben chiuse ed in luogo fresco.

Le caratteristiche sue proprietà sono le seguenti:

Il siroppo di latte con borato di soda è della consistenza di denso siroppo, inodoro, incoloro e trasparente, con lieve gradazione opalina; è di sapore dolce aggradevole, che ricorda il latte; è solubile nell' acqua. — Trattato colla carta blù di tornasole dà leggiero arrossamento; cogli acidi minerali e vegetali nessuna precipitazione, nè coagulamento; coll' acido tannico posatura bianca; con deutonitrato di mercurio, e deutocloruro di mercurio immediata posatura bianca di un composto mercuriale insolubile; colla pepsina o col presame nessun coagulo. — Il siroppo di latte, in mancanza dell' albumina e del latte, può prestarsi come antidoto dei sali mercuriali (1).

Usi e dosi. — I medici conoscendo la composizione e la proprietà di questo preparato sapranno trovarne la indicazione in tutti i casi morbosi, nei quali occorre il latte vaccino, specialmente nella tisi, nella tu-

---

(1) 1° Il latte vaccino recente, messo in contatto al borato sodico lo scioglie, ne forma un liquido omogeneo inalterabile, che ben chiuso si conserva per molto tempo inalterato, incoagulabile; alla superficie vi galleggia la crema, al di sotto la caseina in permanente soluzione. 2° Se ne separa la crema, che può servire per gli usi domestici. 3° La soluzione dello zuccaro comune serve coll' evaporazione ad ottenere il siroppo.

bercolosi, nelle consunzioni, nel vaiuolo, negli esantemi, nella tosse, nelle angine, ec. Nel siroppo di latte la pratica medica avrebbe a sua disposizione tutti i principii alimentari del latte, specialmente la caseina in soluzione allo stato permanente e di facile digestione. — Di più l'azione antisettica, antifermentativa del borato di soda (*Dumas*) potrebbe essere utilizzata in tutte le condizioni morbose zimotiche.

Il dott. *H. E. Richter* fa nel « Lehrbuch » di *Schmidt* (pag. 205) una molto dotta esposizione di tutto ciò che concerne l'uso del latte. Egli ricorda che nell' Alpi, in molte località gli alpigiani vivono per lungo tempo di solo latte e suoi prodotti, o di Sieger, specie di caccio dolce. *Prout* considera il regime latteo come il più utile nelle consunzioni. Esso è sovente usato nelle malattie delle vie aeree e consuntive. In casi di indigestione la cura lattea è sovente di immenso beneficio, specialmente se per ulceri dello stomaco, ed in molti casi di diarree dei bambini; esso è molto utile, anche nelle malattie di fegato, nelle albuminurie, nelle idropisie e nelle malattie degli organi della generazione, nella scrofola, rachitide ed anche nella gotta. La cura lattea è contro-indicata, dice il valente dott. *Richter*, nelle acute febbri ed infiammazioni, quantunque nella febbre sia vantaggioso il latte dilungato coll' acqua.

Il siroppo di latte con borace, quando sia ben preparato e ben prescritto da valenti chimici deve prestare i più validi servigi in sostituzione al latte naturale, e ciò perchè possiede le preziose doti antisettiche, antifermentative del borato di soda.

Se di troppo non ci illudiamo il siroppo di latte con borace potrà essere anche surrogato a quel liquore vinoso che ottengono i Tartari, e che usano anche come terapeutico, facendo fermentare il latte, e ciò per essere il siroppo di latte più confaciente all' umano organismo, il sapore più aggradevole e finalmente, come sopra si disse, contiene la caseina inalterata allo stato di permanente soluzione, oltre all'esser provveduto degli altri principii fosfatici, albuminoidi zuccherini e di sali diversi.

Osservazione

1° La razionale dottrina moderna del parassitismo nei morbi settici è ormai un fatto compiuto per le scienze mediche; di questo positivo progresso, siamo debitori ai profondi studii ed esperimenti dei *Pasteur*, *Polli*, *Selmi*, *Binz*, *Lemaire*, *Hannon*, *Balestra*, per tacere di tanti al-

tri. — Concedendo molto valore a questi studii, osserviamo che in tutti i morbi settici, epidemici, la genesi è dovuta ad esseri parassitici vegeto-animali, oppure ad un virus di ignota composizione, secondo alcuni autori.

2° Lo sconforto non invade il nostro animo circa i sussidi terapeutici adoperati sinora contro la malaugurata *difterite*, che sgraziatamente ha mietuto e miete oggidì molti fanciulli nella nostra bella penisola, anche a malgrado che la genesi e patologia ne sia ancora coperta da un fitto velo, a diradare il quale richiedonsi nuovi studii e nuovi esperimenti clinici. Spetta ai medici di tentare la prova coll' uso del siroppo di latte col borace, o col borace in un altro conveniente veicolo. Rammenteremo ai benevoli lettori che nel siroppo di latte, oltre all' azione annientatrice degli infusori parassitici, ecc. abbiamo pel borace la virtù antifermentativa (1) la più innocua.

(*Annali di Chimica*, *Ottobre* 1873)

Caustico al solfato di zinco. — *Simpson.*

Solfato di zinco secco e polverizzato .	30 grammi
Glicerina	4 »
Mesci.	

La pasta così ottenuta non agisce che sulla pelle spogliata dall' epiderma. L' escara viene imbianchita, e si stacca generalmente al quinto giorno.

I vantaggi attribuiti a questo caustico sono:

---

(1) Non vuolsi tacere che i benemeriti e distinti dottori *Ayr* di Tursi, e *Favara Adorni* di Vizzini hanno già ottenuti risultati soddisfacenti coll' uso del borato sodico nelle febbri intermittenti, nell' angina faringea e nella blennorragia per uso d' iniezione; esso è un sale solubilissimo e stabile, che percorre tutto il circolo senza modificarsi, e passa inalterato nelle urine delle quali modifica assai favorevolmente la composizione quando per catarro di vescica e ritenzione, tendono a corrompersi. Nella discuria, con orine mucose, fetide si è già verificato di grande utilità la propinazione di questo sale (*Ary* e *Favara*).

1. Effetto escarotico energico.
2. Rapidità d' azione.
3. Facilità di maneggio.
4. Nessuna tendenza a fondersi.
5. Innocuità completa.

(idem)

Disinfettante per le latrine nell' epidemia colerica. — *Marchetti.*

In una lettera diretta al dott. *Dujardin*, Redattore del giornale: La Salute (Genova 7 settembre 1873) è molto raccomandato, per impedire la diffusione del cholera, il seguente miscuglio da versare regolarmente nelle fogne pubbliche e private. Ecco le sue parole:

« Il disinfettante adoperato è una mistura di cloruro calce ed acido fenico greggio, sciolto nell' acqua nella proporzione di 10 di acido e 100 di cloruro. Io credo che codesto miscuglio non sia usato in altri luoghi, se si eccettui Brescia; la quale fa irrigare le fogne pubbliche con una soluzione di acido fenico.

« Sono fermamente persuaso che il fenato di calce che risulta dall' unione dell' ipoclorito di calce coll' acido fenico, sia uno dei più potenti disinfettanti, e che se ne debba propugnare la diffusione facendo in pari tempo studi seri ed accurati.

« Le osservazioni che io ho fatte sul miscuglio accennato sono le seguenti:

« Sciolti in una secchia di acqua 200 grammi di ipoclorito di calce e 20 di acido fenico greggio, si ha un miscuglio di colore *verde mare* chiaro. L' odore non è di cloro, nè di acido fenico, ma uno speciale odore acuto. Gettata in una cloaca cotesta soluzione, l' esalazione delle sostanze putride si arresta, e si mantiene invece l' odore speciale del miscuglio. L' arresto della decomposizione putrida si conferma anche per due giorni . . . .

« Bisogna fare attenzione alla qualità dell' acido fenico, perchè la speculazione comincia a ficcarvi le sue unghie, e l' acido fenico, per maggior guadagno viene diluito coll' alcool, locchè toglie d' assai valore alla sostanza ». *(idem)*

Sulla natura e la quantità dei principj attivi del fumo di tabacco assorbiti dai fumatori e sugli effetti che producono nell' economia animale. — *Le Bon.*

Gli effetti del tabacco furono studiati da diversi esperimentatori, e quantunque non si sia ancora perfettamente d' accordo sull' azione fisiologica di questa sostanza, tuttavia i suoi funesti effetti non sono ignoti. Tutti gli osservatori attribuirono i perniciosi effetti del tabacco alla nicotina contenuta in questa sostanza; ma per giustificare questa ipotesi bisognava cercare: 1. Se il fumo di tabacco contiene della nicotina. 2. Se esso non racchiude altri principii attivi fuori di questa materia. 3. Se questi principii diversi sono assorbiti, ed a quale dose ponno essere assorbiti nelle diverse circostanze in cui trovasi il fumatore.

Il primo di tali quesiti fu sciolto in seguito a ricerche di vari esperimentatori. *Melsens* specialmente, raccogliendo in ampolle del fumo di tabacco, potè ritirare dal fumo prodotto da 4,500 grammi di questa sostanza, 30 grammi di nicotina.

Il fatto della presenza della nicotina nel fumo del tabacco, essendo dimostrato, restava ad esaminare: 1. Se la nicotina viene realmente assorbita. 2. In quali proporzioni è assorbita. 3. Se il fumo non potesse contenere altri principii attivi fuorchè la stessa nicotina.

L' assorbimento della nicotina del fumatore è evidente. Gli effetti del fumo sull' organismo basterebbero a dimostrarlo, ma altre considerazioni stabiliscono la realtà di questo assorbimento. La nicotina è un'alcaloide *solubile nell' acqua* e nei liquidi che bagnano le mucose; *quando si condensa durante la combustione*, si trova mescolato, come vedremo poi, ad una certa quantità d' acqua e si trova in seguito in un grande stato di divisione, vale a dire nelle migliori condizioni possibili per essere assorbito. Del resto ritorneremo su questo argomento che ora constatiamo semplicemente di passaggio.

Ma in quale proporzione la nicotina può essere assorbita dal fumatore? La scienza è assolutamente muta su questo punto. Oltre al suo interesse scientifico, esso presenta un interesse pratico considerevole; poichè come vedremo in questa Memoria, la proporzione di nicotina suscettibile di essere assorbita varia considerabilmente secondo il modo di

fumare adoperato, e v' ha certamente un interesse per quelli che consumano tabacco, nel sapere quali sono, fra i diversi metodi in uso per consumare questa dannosa sostanza, quelli che presentano la minor nocività. V' ha pure interesse per le persone che non fumano nel sapere se esse assorbano realmente nicotina allorchè si trovano vicine ad un fumatore. Il fumo del tabacco non potrebbe contenere altri principii attivi all' infuori della nicotina? Noi crediamo di essere riusciti a dilucidare questa quistione oscura provando che il fumo che si condensa nella bocca e nei polmoni del fumatore contiene una proporzione d'ammoniaca considerevolissima, i cui effetti s' aggiungono a quelli della stessa nicotina.

Prima di esporre la serie ed il risultato delle nostre ricerche, esamineremo successivamente le circostanze diverse nelle quali i principii attivi del fumo ponno essere assorbiti.

Esame delle circostanze nelle quali i fumatori o le persone che si trovano in un' atmosfera carica di fumo di tabacco, ponno assorbire i principii attivi di questa sostanza.

Noi crediamo possibile di fare entrare in una delle seguenti categorie, i casi diversi nei quali ponno trovarsi i fumatori o le persone che vivono in un'atmosfera carica di fumo di tabacco.

1. Il tabacco è fumato all' aria libera sotto forma di zigaro o di zigaretto.

2. Il tabacco è fumato come precedentemente, ma in appartamento chiuso.

3. Il tabacco è fumato parimenti sotto forma di zigaro o zigaretto, ma il fumatore inghiotte il suo fumo.

4. Il tabacco è fumato in una pipa a tubo corto, all' aria libera, ed il fumatore non inghiotte il fumo.

5. Il tabacco è fumato nello stesso modo, ma a pipa chiusa.

6. Il tabacco è fumato ancora a pipa con tubo corto, ma il fumatore inghiotte il fumo.

7. Il tabacco è fumato in pipa a tubo lungo ed all' aria libera.

8. Il tabacco è fumato nello stesso modo, ma a pipa chiusa.

9. Il tabacco è fumato come nei casi precedenti, ma il fumatore inghiotte il fumo.

10. Il tabacco è fumato in una pipa persiana, vale a dire che il fumo, prima di arrivare alla bocca passa attraverso un recipiente pieno d' acqua.

11. Senza fumare, una persona si trova in un sito dove stanno uno o più fumatori, come sarebbe in un caffè o in un vagone.

Esaminiamo ora, prima teoricamente, ciò che deve prodursi nei diversi casi che abbiamo citati. Confermeremo poi coll' esperienza, l' esattezza delle nostre ipotesi.

Consideriamo il caso del tabacco fumato sotto forma di zigaro o zigaretto, e vediamo ciò che ne nasce. Noi ammettiamo che il fumatore non inghiotta il fumo e si trovi all' aria libera, in modo, per conseguenza, di non respirare un' atmosfera carica del fumo che produce.

Durante la combustione del primo pezzetto di zigaro o di zigaretto, i diversi principii che il tabacco contiene (aqua, resina, nicotica, sali ammoniacali) portati ad una temperatura elevata pella vicinanza della parte incandescente, si riducono in vapore. Una parte di questo vapore si condensa negli strati superiori freddi del tabacco, dove è attirata dal moto d' aspirazione del fumatore, l' altra giunge fino alla bocca, a contatto della superficie umida e fredda della mucosa boccale.

Si condensa in parte, ed i prodotti condensati si mescolano alla saliva per essere in seguito assorbiti. Ciò che sfuggì alla condensazione venne rigettato nell' atmosfera.

La combustione dello zigaro o del zigaretto continnando, lo strato di tabacco che il fumo dovrà attraversare per arrivare alla bocca essendo di mano in mano meno grosso, la condensazione diviene via via meno perfetta ed il fumo giunge alla bocca sempre più carico di principii attivi. Quando infine lo zigaro o lo zigaretto sono pressochè terminati, il fumo che arriva nella bocca del fumatore, non solo non fu spogliato dalla condensazione, di una parte de' suoi principii, ma inoltre contiene le materie precedentemente condensate negli strati antecedenti del tabacco e che, portati dalla combustione ad una temperatura elevata, si trovano volatilizzati di nuovo. Precisamente da ciò spiegasi il fatto, ben conosciuto dai fumatori, che l' ultima parte d' uno zigaro ha un gusto molto più pronunciato che non la prima parte. Gl' individui poco abituati a fumare giungono difficilmente a fumare uno zigaro senza provare nausea, e si vedono rigettare spesso la saliva (carica di principii attivi), e ciò è quanto non fa il fumatore esercitato.

Noi vediamo dalla precedente spiegazione che fumando lo zigaro o lo zigaretto, la quasi totalità dei principii attivi del fumo passa nella

bocca, sopratutto se si abbrucia quasi intieramente lo zigaro o lo zigaretto, ed è ciò che succede, per esempio, quando si adopera il porta-zigari. La proporzione di nicotina e d' altri principii attivi assorbiti deve quindi essere molto elevata, e noi vedremo colle esperienze che è precisamente così.

Noi ammettemmo nel caso precedente, che il fumatore si trovasse all' aria libera e non inghiotisse fumo; quindi non può assorbire in tal caso che le materie che si condensano sulla superficie relativamente ristretta della sua bocca.

Supponiamo ora che lo stesso individuo, invece di trovarsi all' aria libera, fumi in un appartamento chiuso. Invece dell' aria pura che respirava precedentemente egli respira un' aria più o meno carica di fumo, e per conseguenza dei principii attivi che contiene. Quest' aria carica di fumo, passa e ripassa successivamente nei polmoni, ed ogni volta si spoglia di una parte dei principii condensabili che contiene. Il fumatore adunque assorbirà in allora non solo i principii che si condensano nella sua bocca mentre aspira il fumo del suo zigaro, ma ancora quelli provenienti dal fumo che rigetta nell' atmosfera.

L' assorbimento sarà allora tanto più grande quanto maggiore sarà il numero di fumatori riuniti nello stesso sito.

Se lo stesso fumatore di zigaro o zigaretto si trova posto nelle condizioni indicate precedentemente, ma che di più, secondo un' abitudine comune in certi paesi, inghiottisce il fumo del suo zigaro o zigaretto prima di rigettarlo pel naso o per la bocca, l' assorbimento sarà ben più considerevole ancora che nei casi che abbiamo esaminati. Il fumo che non ebbe, come nell' ipotesi precedente, il tempo di raffreddarsi nell' atmosfera, arriva ai polmoni, senza aver perduto de' suoi principii attivi che ciò che si potè condensare nella bocca ed a contatto della vasta superficie della mucosa polmonare, esso spogliasi di una nuova proporzione delle materie che contiene (vapore d' acqua, nicotina, ammoniaca, resina, ec.). Ora, tutti i fisiologi sanno con quale rapidità si produce l' assorbimento alla superficie della mucosa polmonare.

Il ragionamento che noi abbiamo applicato ai tre casi precedenti: *fumare all' aria libera*, *fumare in appartamento chiuso*, *fumare inghiottendo il fumo*, può applicarsi ai fumatori di pipa nello stesso modo che ai fumatori di zigaro o zigaretto. Tuttavia, la dose di principii assorbiti dai fumatori di pipa è molto diversa da quella assorbita dai fumatori di zigaro o zigaretto.

Il fumatore di pipa a tubo corto si avvicina, riguardo alla quantità dei principii assorbiti, al fumatore di zigaro o zigaretto; tuttavia assorbe sempre minor materia di quest' ultimo poichè il fumo prima di arrivare alla bocca, attraversa uu tubo freddo dove si condensa in parte: sono queste materie condensate che costituiscono quella sostanza semiliquida che intoppa i tubi di pipe, ed a cui i fumatori diedero il nome di sugo.

È facile prevedere, che più il tubo della pipa sarà lungo, piú la condensazione dei principii attivi del fumo sarà completa, e più esso arriverà spogliato alla bocca od ai polmoni. Le pipe a lungo tubo costituiscono, come vedremo più tardi, uno degli apparecchi coi quali il pericolo di fumare è minore.

Tuttavia, qualunque sia la superiorità che possiede la pipa a lungo tubo su quella a tubo corto, e specialmente sullo zigaro o zigaretto, essa è molto inferiore ancora alla pipa orientale. In quest' istromento infatti, il fumo non giunge alla bocca se non dopo aver attraversato un recipiente pieno d'acqua ed un tubo lunghissimo. Esso arriva allora a contatto della superficie boccale, non completamente spogliata de' suoi principii, poichè noi vedemmo nelle nostre esperienze che tre boccie lavatrici non bastavano a spogliarlo intieramente, ma almeno infinitamente meno carico di materie attive che non colla pipa ordinaria. Ciò spiega facilmente come con apparecchi simili gli orientali possano fumare giornate intere senza essere incomodati.

Noi abbiamo considerate successivamente le diverse circostanze nelle quali può trovarsi il fumatore. Ci resta ora ad esaminare il caso, relativamente molto frequente, in cui un individuo che non fuma si trova in un sito (vagone, caffè, ec.), in cui l' atmosfera contiene del fumo di tabacco.

A torto crederebbero poter isfuggire agli effetti dannosi del tabacco, gli indivldui posti in queste condizioni. L' uomo, come si sa, respira 18 volte circa al minnto, e ad ogni nuova inspirazione, un mezzo litro d'aria circa giunge a' suoi polmoni. Son dunque press' a poco nove litri d' aria che assorbe al minuto.

Quest' aria porta ai polmoni gli elementi che contiene. L' individuo che trovasi vicino ad un fumatore, fa passare e ripassare successivamente nella sua bocca una massa d' aria contenente del fumo che si condensa in parte sulla vasta superficie che offre la mucosa della bocca, la trachea ed i polmoni; senza dubbio egli assorbe meno principii che non lo stesso fumatore, poichè questi, oltre all' aria carica di fumo che

respira, fa passare nella sua bocca del fumo quasi senza miscuglio; tuttavia ne assorbe ancora una proporzione notevole, come lo vedremo nelle nostre esperienze. Se avessi a dare il mio giudizio sulla quistione di sapere se a fumare all' aria libera senza inghiottire fumo, sia meno pericoloso che soggiornare lungamente in un' atmosfera carica di fumo di tabacco, non esiterei a pronunciarmi per l' affermativa.

Nei diversi casi che abbiamo enumerati, non tenemmo conto della specie del tabacco adoperato. È evidente che la quantità di nicotina e d' altri principii assorbiti sarà tanto più forte quanto più il tabacco stesso conterrà una quantità più rimarchevole di questi principii. La composizione degli zigari, varia sensibilmente secondo la loro provenienza, ma il tabacco venduto in Francia dall'Amministrazione è un miscuglio d'una composizione abbastanza costante; e siccome il suo uso è più grande che quello degli zigari, è desso che noi adoperammo per tutte le nostre esperienze. *(La Santé Publique* e *Annali di Chimica)*

VARIETÀ

Dello studio e dell' insegnamento dell' Anatomia in Italia nel medio evo ed in parte del cinquecento. — Notizie e considerazioni del Prof. Cav. *Alfonso Corradi.*

(Rendiconti del R. Istituto Lomb. di Scien. e Lett. Ser. 2ª Vol. 6° Fas. XV)

Molte e pregevoli scritture abbiamo intorno la storia delle nostre Università degli studj; ma elleno per la massima parte non ne espongono che le origini, i fatti e le vicende: il dire come le medesime sorgessero, come si ordinassero, per quali statuti si reggessero, di quali privilegi s' arricchissero, non erano che parti d' una narrazione, quando giudiziosa, quando erudita ovvero elegante, a cui poi faceva complemento nelle opere più ampie ed accurate l' indagine intorno le dipendenze che lo Studio

teneva con le potestà civili e con la chiesa, le relazioni de' proprj co' pubblici avvenimenti, per giudicare quanto le une e le altre, secondo che amiche od avverse, conferissero al suo incremento, ovvero gli nuocessero. Ma le investigazioni del critico, come le notizie dell' erudito ed i confronti del filosofo non andavano sì dentro l' essere dell' istituzione da discoprirne non dirò tanto la vita intima, quanto il movimento scientifico nei principj, nello svolgimento e negli effetti. E però n' uscivano storie, che riguardavano lo stato estrinseco e formale dell' Università, che divenivano parte della storia letteraria della nazione, illustramento della municipale; ma che a quella propria delle scienze non toccavano che in modo generale o indiretto.

Se non che per fornire cotesta storia scientifica abbisognano, oltre le peculiari cognizioni in chi l' ha da scrivere, documenti che possano servire allo scopo, ed al determinato proposito. La quale condizione, com' è indispensabile, altrettanto malagevolmente può ottenersi; chè i documenti mancano, o sono imperfetti, o difficilmente si possono mettere insieme. S' intende pertanto come finora non siasi potuto avere l' intiera storia scientifica dell' Università, o siasene avuto soltanto qualche principio od abbozzo trattandone alcuna parte: d' altronde la grande ed ardua opera non potrebbe sorgere che dalla collezione de' singoli lavori, e dallo studio di parecchi uomini, la mente d' uno solo non potendo abbracciare la serie intiera degli studj dell' Università, e seguirne lo svolgimento, quando non gliene sian messe innanzi le generalità, che lasciano indurre le leggi del movimento pur non discoprendone il roteggio.

Le annotazioni che qui ho raccolto, mirano appunto al mentovato scopo di preparare materiali per la storia scientifica delle Università, in quanto almeno riguarda la medicina. Diamo il passo alle note pertinenti all' anatomia, perchè così vuole l' ordine naturale, e perchè anche me ne porge occasione l' introduzione storica che l' illustre Hyrtl premetteva al catalogo dei preparati del Museo anatomico di Vienna (1): anzi io trarrò argomento dalla medesima per instituire un confronto tra le condi-

---

(1) *Vergangenheil und Gegenwart des Museums für menschliche Anatomie an der Wiener Universität.* Wien, 1869.

zioni dell' anatomia in Italia ed in Germania nel medio evo ed in parte ancora del cinquecento; nel mentre che ancora farò alcune considerazioni intorno a certi giudizj ed opinioni dell' autore, che pajonmi non si possano intieramente accogliere, od almeno si debbano accogliere *cum grano salis*.

L' illustre professore intitola il primo articolo dell' anzidetta introduzione: *La medicina senza anatomia*; perocchè non trova negli statuti del 1389 della facoltà medica di Vienna che fosse dimostrata la struttura del corpo umano, nè in altro modo s' imparasse l' anatomia per conseguire il grado di baccelliere, che sentendo sporre e studiando il primo del *Canon medicinae*; e la ragione di ciò ei la scorge nell' essere allora le Università così sottoposte allo spirito chiericale da avere per dogmi della scienza medica le dottrine degli Arabi e dei Greci, inviolabili del pari che gli articoli della fede cristiana.

Soltanto nella quaresima del 1404 fu aperto, e con grande solennità, un cadavere nell' Ospedale di Vienna per opera del maestro Galeazzo da Santa Sofia: dodici anni dopo celebravasi colà la seconda notomia, e quindi altre sei volte in tutto il secolo, ma sempre, fuorchè nel 1452, su corpi d' uomini; e quando avvenne d' incidere quello di donna, non più che i medici ed i chirurghi ebbero permesso d'assistervi (1). Nel 1484 *faustis auspiciis* la sezione fecesi nella stanze della Facoltà medica, mentre che per lo innanzi sempre era stata fatta *sub Jove frigido* (p. VIII).

Da noi, sei anni dopo, Alessandro Benedetti, per più comodamente raccogliere il nobile e numeroso uditorio, ed a lui meglio dimostrare le parti del corpo umano, erigeva un teatro anatomico (2); Mondino de' Luzzi nel solo anno 1315 notomizzava due donne (3); Federico II, prima

---

(1) Hyrtl, *Op. cit.*, p. V, VIII. — Aschbach Joseph, *Geschichte der Wiener Universität und ersten Jahrhunderte ihres Bestehens.* Wien, 1865, p. 324.

(2) Benedicti Alexandri, *Histor. corpor. hum.* Lib. I, Cap. I, Lib. II, Praef., Lib. III, Cap. I, Lib. IV, Cap. I, Lib. V, Cap. I, XXVV. Venet., 1533, p. 463, 467, 476, 484, 493, 501. — Tosoni, *Dell' Anat. degli antichi e della Scuola anat. di Padova* Padova, 1844, p. 66.

(3) Mundini, *Anatomia. Cap. De Anatomia matricis.* — Medici,

della metà del secolo XIII, considerando la chirurgia come parte della medicina, ordinava che niun chirurgo fosse ammesso alla pratica se non potesse dimostrare d'avere per un anno almeno studiato anatomia sui corpi umani, *et sit in ea parte medicinæ perfectus, sine qua nec incisiones salubriter fieri poterunt, nec factæ curari* (1). Nè solamente dove imperava lo Svevo l'anatomia prendeva parte sì importante nello studio della medicina; chè anche nelle altre parti d'Italia essa era in molto credito e coltivata. Il P. Sarti nell'erudita storia dell'Archiginnasio di Bologna ne porge ragguardevoli documenti, e cioè che Guglielmo da Saliceto, il quale scriveva le Instituzioni chirurgiche in Bologna verso il 1270, dava tutto il libro quarto delle medesime all' anatomia. Taddeo Alderotti da Firenze, capo della scuola bolognese, diceva di non potere con sicurezza rispondere su certa quistione circa la gravidanza, perchè non aveva avuto modo di fare anatomia di donne gravide; dalla quale dichiarazione cercò quell' esimio storico inferire che Taddeo in altri cadaveri più facili ad aversi di quelli di donna gravida fosse esercitato, notomizzando egli stesso ed osservando le sezioni da altri fatte (2). Della quale mancanza nel tredicesimo secolo non possiamo in verità nè meravigliarci, nè pigliare scandalo, subito che ricordiamo che alla metà del cinquecento il grande Vesalio confessava, di aver avuto sì rare occasioni di sezionare uteri gravidi di donna, da non saper ben dire quali differenze fossero tra essi e l' utero di cagna (3).

Le dimostrazioni anatomiche non erano rare a Bolo-

Compendio storico della Scuola anatomica di Bologna. Bologna, 1857, p. 22.

(1) Legge forse emanata nell' anno 1241. Lib. III, Titulus XLVI, De Medicis. In: Lindenbrog, *Codex legum anitquar.* Francof. 1613, p. 808. — De Renzi, *Storia documentata della Scuola medica di Salerno.* Napoli, 1857. Doc. 179, p. LXXVI.

(2) *De Claris Archigymn. bononiens. Professor.* Bonon. 1769, I, P. I, p. 437.

(3) *Epistola ad Joachimum. Roelands Radicis chinæ Decoctis rationem modumque propinandi pertraetans* (*Op. omn.* Lugd. Batav. 1725, II, 664).

gna: abbiamo già veduto che Mondino in un solo anno apriva due cadaveri di donna, e Guido da Cauliaco, che nell' Universita stessa studiava, dice che *multoties* quel maestro tali dimostrazioni faceva (1). A Venezia il Colleggio de' medici fisici tutti i mesi doveva radunarsi per discutere de' casi dubbj che occorrevano nella pratica; altrettanto toccava al Collegio de' chirurghi, al quale era commesso altresì di fare ogni anno, dal 1368 in poi, l'anatomia *de aliquo humano de recencti defuncto:* le spese per ciò necessarie avevano da essere sostenute da amendue i Collegi, poichè e fisici e cerusici approfittavano di quell' istruzione; *videndo ipsam notomiam communiter informari possunt de statu et conditionibus humani corporis:* più tardi (nel 1453) gli stessi flebotomi o barbieri-chirurghi furono obbligati a veder l' anatomia (2); ad insegnare la quale il Mondino venne altresì chiamato a Venezia nel 1325, cioè l' anno innanzi la di lui morte (3).

Il predetto Guido di Chauliac, nel parlare di Mondino e del proprio maestro Bertuccio, o Bertruzzo, fa sapere altresì come in Bologna s' insegnasse allora l' anatomia: non descrivevansi semplicemente le parti, ma insieme se ne dichiaravano le funzioni e le alterazioni ancora che vi possono succedere, *quibus per anatomiam in dignoscendo, prognosticando, ac curando possit auxiliari.*

Due documenti poi pubblicati dall' erudito Ottavio Mazzoni Toselli (4) porgono bellissima prova come fin dai primi anni del trecento sezioni di cadaveri in Bologna si facessero tanto per ordine de' magistrati in servizio del foro, quanto privatamente per amore di sapere: nell' uno e nell' altro modo la medicina ne traeva van-

---

(1) *Cyrurgia Magistri Guidonis de Cauliaco, Doctr. I, Cap. I.* Venet., 1498, p. 5 verso.

(2) *Deliberazione del Governo*, 1370, 8 agosto. — Bernardi Francesco, *Prospetto Stor. crit. del Collegio med. chir. di Venezia.* Venezia, 1797, p. 53. — Romanin, *Stor. Document. di Venezia.* Venezia, 1855, III, 364.

(3) Alvisi G. G., *Considerazioni e Documenti sull' arte medica e sul personale sanitario di Venezia del X al XV secolo* (*Giorn. Veneto Scien. med.*, 1858, XI, 468).

(4) Medici, *Op. cit.* p. 20.

taggio, poichè alla restaurazione dell' umana anatomia con molto zelo si attendeva. I professori Mondini (1) e Medici (2), e quindi ancora il De Renzi nella Storia della Medicina italiana (3), ripeterono o riferirono parte di cotesti documenti; ciò nondimeno dagli storici più moderni non vennero ricordati, laddove che per la loro importanza dovrebbero essere ricordatissimi. Difatti riguarda il primo la risposta al giudice che domandava se un tale fosse morto di naturale accidente, ovvero di veleno, come ne correva sospetto: i cinque periti, de' quali due erano medici fisici (4) e tre medici di chirurgia, *visceribus ejus* (defuncti) *anathomice circumspectis*, escludevano il veneficio ed attribuivano la morte a sovrabbondanza e ristagno di sangue nella vena cava e nelle vene epatiche. L' altro documento contiene il processo instituito contro certo Maestro Alberto, contemporaneo del Mondino, che nella propria casa nel Novembre del 1319 s'era messo a notomizzare il cadavere d'un appiccato, poc'anzi senza licenza dissotterrato da quattro suoi discepoli, che per amore dello studio correvano il pericolo d' essere, come trasgressori delle leggi canoniche, carcerati e forse anche banditi (5).

Da questo fatto è mostrato altresì che, oltre le sezioni anatomiche permesse, altre pure occultamente facevansi, e quindi che l' insegnamento privato dell' anatomia

---

(1) *Novi Comment. Instit. Bonon.* 1846, VIII, 512.

(2) *Op. cit.* p. 10, 36.

(3) T. II, p. 249.

(4) Uno dei due era Bartolomeo da Varignana.

(5) Il Puccinotti fa cenno soltanto del fatto a cui si riferisce il primo documento, e neppure del tutto esattamente (*Storia della Medic.*, II, P. II, 361); l' Kaeser invece ricorda il secondo, ma solamente per quel tanto che n' ha detto il De Renzi, sbagliando altresì col dire che il cadavere diseppellito e trafugato era di donna (*Lehrbuch der Gesch. der Medicin.* Jena 1853, p. 339), quando il notajo che stendeva il processo scriveva di aver veduto Maestro Alberto con molti de' suoi scolari *cum rasuris, et cultellis, et aliis artificiis, et sparantem dictum hominem mortuum et alia facientes quae spectant ad artem Medicorum* (Medici, *Op. cit.*, p. 428). Daremberg non dice di più del Puccinotti (*Hist. des Sciences mèdicales*, I, 393).

ajutava il pubblico, o, come oggi direbbesi, l' *insegnamento ufficiale,* dato nell' Università di Bologna, quando ancora non lo sprcnasse con la gara (1).

Alle predette testimonianze di un certo uso dell' anatomia prima ancora del Mondino può aggiungersi la sezione eseguita da Guglielmo da Saliceto sopra il nipote del marchese Uberto Pallavicino, morto per ferita del cuore e del polmone, e pel quale dubitavasi pure di avvelenamento. Il solo Puccinotti fa menzione di questo caso (2), che anche è ricordevole per il modo con cui il chirurgo piacentino si proponeva di riparare al grave accidente, se così rapidamente non fosse riuscito mortale, e per le indicazioni che a tale cura preponeva: *cogitaveram enim phlebotomie de ambobus brachiis ut sanguis ad aliam traheretur partem et ut non transiret ad cor videlice derivaretur; sed tempus breve opus præcogitatum impedivit.* Nuova poi affatto per la storia della medicina è la memoria lasciata da frate Salimbene de' Minori, e da me ripetuta negli *Annali delle Epidemie*, di notomie operate da medico parmigiano o lombardo nelle galline e negli uomini che nell' anno 1286 da certo morbo pestilenziale apostemoso morivano: *erat enim in puncta cordis cujuslibet gallinœ vescicula quædam*, e la stessa trovavasi *super cor hominis*, da quel fisico fatto aprire (3). Ed anzi nella stessa fierissima peste del 1348, cadaveri furono sparati per iscoprire la ragione del male e cavarne argomento per dirigere la cura: *fecero qui da noi* (così è scritto nei *Brevi Annali* della città di Perugia) *alcuni medici notomia; trovarono che vicino al cuore nasceva una biscica piena di veneno* (4). Del tro-

——

(1) Opportunamente quindi il prof. Mondini, dopo aver accennato il processo instituito contro Maestro Alberto ed i suoi scolari, soggiungeva: *præter sectiones anatomicas permissas, aliae quoque Bononiae instituebantur occulte, et cädavera in sepulchretis anatomiae studendae caussa furtim subripiebantur* (*Novi Commenti cit.*, p. 492).

(2) *Storia della Medic.*, II, P. II, 357.

(3) Salimbeni, *Chron.* In: *Monum. Hist. Parmens.* p. 367. — Corradi, *Annali delle Epidemie*, A. 1286.

(4) *Archiv. stor. ital.*, XVI, P. I, 68. — Corradi, *Annali cit.*, A. 1348, verso la fine.

vato e del suggerimento che ne seguiva di *sanguinare per la vena del cuore* poco o niun profitto traevano la scienza e l' arte; nondimeno di quella sollecitudine è da fare molto conto non solamente come atto d' ardimento quando la massima parte de' medici fuggivano o con grande timore agl' infermi s' accostavano; ma altresì come testimonianza del farsi sempre più comune la pratica dell' anatomia, e dell' avere potuto superare i pregiudizj volgari in tempi nei quali più che mai erano paurosi e prepotenti.

L' Università di Praga, sebbene più antica d' ogni altra di Germania e di quella ancora di Vienna, fondata 17 anni dopo, nel 1365, non ebbe regolare insegnamento d' anatomia che nel 1460 (1); a Montpellier, la cui scuola medica ebbe principio alla metà del XII secolo, e precisamente secondo Astruc nel 1153, il permesso di tagliare cadaveri non fu dato che nel 1376 (2); l' Università di Lipsia attendeva il 1519, cioè 110 anni dopo la sua fondazione, per ordinare che ogni anno si facesse anatomia, *corpore exanimi oblato* (3). Re Ferdinando Cattolico concedeva ai medici e chirurghi della Confraternita de' Santi Cosma e Damiano di Saragozza, di poter aprire cadaveri nell' ospedale della città, ogni volta che paresse loro opportuno *sin ser incorrer en pena alguna* (4); ma cattedra d' anatomia in pubblico studio non fu instituita che a Valladolid dopo il 1550, per eccitamento d'Alfonso Rodriguez de Guevara, poichè tornò d' Italia dove

---

(1) Hyrtl, *Oester. med. Jahrb.*, 1832 und 1843. — Haeser, *Op. cit.* p. 903.

(2) Astruc, *Malad. des femmes.* Avignon, 1763, III, 316.

(3) Zarngke, *Die Statutenbücher der Universität Leipzig.* Leipzig, 1861, p. 39. Ciò avvenne nella riforma fatta dal duca Giorgio nel 1519: il precetto formava quindi un capitolo (il XXII) degli statuti del 1543 di quella facoltà medica, laddove che negli altri del 1503 non è punto menzione dell' anatomia. È curioso poi che in quel capitolo si dica che, *non mediocre frutto* traendo gli scolari dall' anatomia del corpo umano, ogni anno *aliquod* si dovesse sezionare, *ita tamen ut partes corporis humani et* [illegible] *eiusdem discipulis accurate ostendantur* (p. 618).

(4) Morejon, *Hist. bibliogr. de la Medic. Espan.* Madrid, 1842, I, 252.

era stato due anni (1). In Inghilterra anche alla metà del secolo XVI l' anatomia era pochissimo coltivata; Enrico VIII chiamava a Londra Giovanni Kay per esercitare i chirurghi nelle sezioni anatomiche, i medici per niun modo attendendovi (2). In Francia pure quelle erano abbandonate a' chirurghi siccome, scrive Riolano, ufficio ignobile estraneo (3): e veramente Vesalio afferma che a Parigi l' anatomia era fatta e dimostrata *ab imperitissimis tonsoribus* (4).

Disse dunque benissimo l' Haller che gl' Italiani per i primi *corpora humana dissecuerunt, sensim tamen ad alias gentes utilis audacia pervenit* (5). Le cose da noi qui esposte non solamente confermano la verità della sentenza del celebre uomo, ma dimostrano altresì che la pratica dell' anatomia in Italia è più antica di quanto si creda, trovandosene memoria fin nel secolo XIII; e che la medesima continuò ne' tempi successivi, più largamente ancora di quello che finora fosse stato detto dagli storici, od in altro modo fosse noto. Le quali parole non debbono far credere che l' anatomia fosse allora più che in realtà non poteva essere; nondimeno lo stato suo non apparirà più tanto rozzo, nè tanto meschino, quando lo si consideri in relazione non al presente, ma ad un passato di quattro in cinquecento anni fa, ed a ciò che l' anatomia medesima era fuori d' Italia.

Gli statuti dell' Università di Bologna dell' anno 1405, e che serbansi tuttora inediti nell' Università medesima, mostrano sotto la rubrica XCVI il fervore con cui là si studiava l' anatomia, ed insieme le difficoltà che allo studio medesimo si frapponevano. All' industria degli scola-

---

(1) *Op. cit.*, II 29, III 86. — Il medesimo Morejon scrive che l' ospedale del monastero della Guadalupa in Estremadura avea ottenuto dal papa il permesso d' aprire cadaveri con il proposito di scoprire le interne ed occulte cause de' morbi; ma non è detto quando questo permesso fosse stato dato (*Ivi*, II, 26).

(2) Caii Johannis, *De Libris propriis*. Londini, 1729, ed. Febb. p. 171.

(3) *Recherches critiques sur l' origine de la chirurgie en France*. Paris, 1744, p. 99.

(4) *De corporis humani fabrica* Præfat

(5) *Bibl. anat.*, I, 165.

ri era lasciato di procacciare i cadaveri necessarj per le sezioni, ma poichè ciò era frequente cagione di risse e di tumulti, venne prescritto che niun dottore, o scolaro o qualsiasi altro, potesse *far acquisto* di corpo morto per la notomia senza licenza del Rettore. Similmente, perchè tutti potessero in eguale misura profittare delle dimostrazioni, sempre poche al bisogno, e perchè la troppa folla non recasse disturbo all' insegnamento, e non ne sperdesse il frutto, era ordinato che non più di venti scolari fossero ad assistere all' anatomia d' uomo, e non più di trenta a quella di donna. Tutti aveano da essere nel terz' anno di medicina: veduta l' anatomia d' un uomo non potevano essi rivederla nello stesso anno, e quando due volte v' avessero assistito, non altro restava che di vedere quella della donna per una volta soltanto. Al Rettore per altro e ad un suo compagno, era concesso di assistere a simili esercitazioni ogni volta che gli piacesse. Il Rettore stesso, subito che entrava in carica, dovea pubblicare i nomi (e non facendolo era punito di multa) di coloro a' quali dava licenza di assistere alle notomie, e che con determinata proporzione erano scelti dalle varie nazioni in cui la scolaresca dividevasi: chi poi avesse osato chiedere, mentre il Rettore eleggevasi in una delle chiese della città, il permesso di fare l' anatomia, sarebbe stato condannato a pagare cinque lire bolognesi. Bensì qualsiasi dottore, quando dagli scolari ne fosse domandato, era obbligato di fare loro l' anatomia ne' modi prescritti, sebbene *alias* nel medesimo anno l' avesse fatta. Egli aveva perciò cento soldi di Bologna: questa e le altre spese necessarie erano sostenute dagli scolari, i quali se le ripartivano tra loro, esentandone soltanto i due compagni che di fare tali spese *bona fide et sine fraude* s' incaricavano. In ogni modo poi non si dovevano spendere che sedici lire bolognesi per ogni anatomia d' uomo, e venti per l' altra di donna (1). Negli statuti posteriori del 1442, troviamo che al podestà od a colui che ne teneva le veci, era imposto di dare ogni anno al Rettore od a' suoi consiglieri, quando ne facessero domanda, due soggetti per l' anatomia: un maschio ed una femmina, ovvero, non potendosi aver questa, due uomini, *quomodocumque fieri poterit;* sempre che tali soggetti

---

(1) Vedi in fine *Documento A.*

fossero di luogo distante da Bologna trenta miglia (1). Questa clausola era poscia levata in occasione della riforma degli statuti fatta l' anno 1561: i cadaveri poteansi trarre dagli stessi sobborghi della città; *modo cives honesti non sint* (2).

Gli statuti di Padova, che molta conformità avevano con quelli di Bologna, andavano più oltre ancora, poichè non permettevano che altro corpo si tagliasse in fuori di quello de' giustiziati, i quali neppure dovevano essere del territorio di Padova o dalla città di Venezia: nondimeno il Rettore ed i consiglieri avevano obbligo di provvedere nell' inverno di due cadaveri, uno di maschio l' altro di femmina; la scuola, la quale facevasi pure a spese degli studenti, che avessero già per un anno atteso alla medicina, e per cura di due *massari*, ovverossia scolari un po' pratici per avere altre volte assistito a quelle esercitazioni. Il Rettore, oltre il diritto di stare presente alle lezioni medesime con un compagno, ed insieme con i dottori di collegio e gli altri che avevano lettura nell' Ateneo, poteva eziandio esentare dal pagamento della tassa due scolari che con giuramento a lui attestassero la loro povertà (3). Similmente il Podestà di Ferrara era tenuto di dare ogni anno agli anatomisti *unum corpis hominis*: alle lezioni non doveano assistere più di cinquanta scolari, che doveano essere di fisica o medicina, oppure anche di logica, se a quel numero i primi non giungessero (4).

---

(1) *Documento B.*

(2) *Documento C.*

(3) « Adherentes non solum antiquis statutis nostris, sed universitati, omniumque italicarum laudatissimae consuetudini non modo ad nostrorum scholarium utilitatem sed etiam totius humani generis salutem, statuimus.... » Così ha principio la Rubrica XXVII, *De Anothomia singulis annis facienda*, del Libro 2° degli *Statuti dell' alma Università de' Filosofi e Medici*, detta degli *Artisti*, del Ginnasio padovano, nell' edizione corretta ed emendata del 1607; la quale in questo capitolo non è punto diversa dalla versione italiana che il Tosoni riferisce nella citata pregevole memoria *Della anatomia degli antichi e della Scuola anatomica padovana.* Padova 1844, p. 101.

(4) *Statuta Universitatis Scholarium Artistarum almi Ferrariensis Gymnasii.* In: Borsetti, *Hist. almi Ferrar. Gymn.* Ferrara 1725, P. I,

A Pisa, oltre alle lezioni ordinarie di cattedra, ed alle giornaliere ostensioni, il Granduca Cosimo I dispose che ogni anno, nelle vacanze del carnevale, il Lettore di notomia facesse una metodica continuata lezione ed ostensione sul cadavere d' un qualche condannato a pena capitale; che perciò, strangolato dal carnefice, sotto la volta accanto al palazzo del Commissario di Pisa, era subito consegnato agli scolari di medicina, che lo portavano in Sapienza, dove regolarmente per dodici giorni di continuo era poco a poco notomizzato, principiando il Lettore dall' ostensione degl' integumenti, e dalle viscere del basso ventre, e finendo nell' osteologia: ai tempi di Guido da Caùliaco tutto questo era fatto in quattro lezioni, cominciando da' visceri contenuti nel ventre, perchè più presto putrescibili (*membra nutritiva*), per quindi passare a quelli del petto (*membra spiritualia*) e del capo (*membra animata*), tenendo per ultime le estremità (1). La predetta notomia pubblica di Pisa fu ordinata, scrive Targioni Tozzetti, negli Statuti dell' Università, alla Rubrica 50, *De anatomia singulis annis facienda;* ed è poi stata quasi ogni anno, fino al principio del corrente secolo (XVIII), ed era una delle più istruttive scuole di notomia (2). Lo storico toscano, per vie meglio mostrare quanto il nuovo Signore favorisse gli studj medici ed anatomici, poteva ricordare ciò che di lui ha scritto il Vesalio, che pure insegnò nell' Ateneo pisano, nella curiosa lettera al Roelands sul modo di amministrare il decotto di radice di china, nella quale, come osserva Eustacchio, uno è il titolo ed altra la materia trattata, l' acre censura cioè contro Galeno e la sua anatomia (3). Così, ad esempio, il Duca mandava in barca da Firenze il cadavere d' una monaca al celebre maestro, acciocchè non dovesse interrompere, mancandogli gli oggetti da dimostrare, le lezioni d' osteologia (4). Dal canto suo la Repub-

---

p. 436. — Questi Statuti furono probabilmente compilati alla fine del secolo XV.

(1) *Cyrurgia*, l. cit.

(2) *Notizie sulla Storia delle Scienze fisiche in Toscana.* Firenze, 1852, p. 218.

(3) *Opusc. anat.* Venet., 1564. p. 321.

(4) Vesalii, *Op. omn.* Lugd. Batav., 1727, II, 664.

blica Venata procurava di far capire che il taglio de'corpi morti non solamente giovava agli scolari, ma a tutto il genere umano, senza che a veruno venisse onta, *non in aliquorum vilipendium:* e certamente per iscemare le ripugnanze ed abbonire gli animi avversi di coloro che doveano cedere il cadavere, dettava che con i danari raccolti dagli studenti, si dovessero altresì fare le esequie ai morti che servirono all' istruzione (1). In pari tempo era prescritto che la tassa degli scolari matricolati, per essere ammessi alla scuola d' anatomia, non dovesse eccedere la somma di tre marcelli d' argento (2); la quale era poscia tolta affatto con un decreto del doge Grimani nel settembre del 1596, rendendo eziandio pubblico e libero lo studio dell' anatomia in Padova, *sicchè cadauno possa entrar nel theatro a vederla senza pagar cosa alcuna* (3).

(continua)

---

(1) *Riforme ed aggiunte ai predetti Statuti.* Lib. IV, Cap. 17, super 27, *de Anothomia facienda singulis annis* (p. 160).

(2) Moneta Veneziana, coniata per la prima volta sotto il doge Marcello, del valore di soldi 10, o così.

(3) Piacemi di riferire il cominciamento del nobile e liberale decreto, togliendolo dal Tosoni che per intiero l' ha pubblicato a pag. 104 della ricordata Memoria, ormai divenuta rara: « Perchè l' anatomia tanto necessaria alla medicina, et cognitione tanto degna d' ogni studioso fosse letta et tagliata nello studio nostro di Padova con quella dignità che si ricerca a così fatto studio, et con quel frutto che si deve aspettar da così importante lettura et materia, che si può dire delle più principali dell' arti et medicina, si è fabricato in quelle schuole nostre il theatro per farla in esse stabile et onoratissima, resta nondimeno a farsi provisione che non sia disturbata come per l' addietro si è fatto ogni anno con maleficio de' scholari, et con non poca indignità publica. Però l' anderà parte che per l' avvenire l' anatomia nel predetto nostro studio di Padova sia libera, ecc. »

BIBLIOGRAFIA

Sull' Ovariotomia considerata nella sua Storia, Indicazioni, Controindicazioni, e Prognosi. - Processo Operativo, Cura successiva, e Statistiche con dieci Tavole litografiche rappresentanti gl' istrumenti speciali per l' ovariotomia. — Pel Dott. Domenico Peruzzi. — Un Vol. in 8° di pag. 300 circa. — Milano Tip. Vallardi.

Il Cav. Dott. *Domenico Peruzzi*, Chirurgo Primario a Lugo, è stato uno dei più indefessi cultori dello studio dell' ovariotomia in Italia, sia per metterla in atto, che per difonderne la pratica, mediante molti lavori scientifici inseriti nell' *Ippocratico* e la Traduzione dell' Opera di *J. Baker Brown* sull' Idrope Ovarico, con note ed aggiunte di Lui. — Ora presenta al pubblico questa nuova Opera, che ha dedicata a' tre dei più illustri chirurghi italiani, *Vanzetti*, *Rizzoli*, *Malagodi*, nella quale gli argomenti annunziati, nel titolo che porta in fronte, sono trattati con un' ampiezza, un' erudizione ed un' ordine assai lodevoli, ed in ispecie emerge la parte relativa del processo operativo illustrata da molte tavole; la parte che spetta agli italiani nello avvanzamento di questa branca chirurgica vi è esposto con molta cura, ed anche perciò l' Autore torna sempre più benemerito della scienza e della patria. Il libro è corredato di una Bibliografia e di indici opportuni. Esso sarà assai utile ai Cultori della Scienza chirurgica ai quali lo raccomandiamo.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

BIBLIOGRAFIA

Sull' Ovariotomia considerata nella sua Storia, Indicazioni Controindicazioni, e Prognosi. - Processo Operativo, Cura successiva, e Statistiche con dieci Tavole litografiche rappresentanti gl' istrumenti speciali per l' Ovariotomia. — Pel *dott.* Domenico Peruzzi . . . . . pag. 304

PROGRAMMA

Il prof. cav. *Camillo Versari*, a cui da lunghi anni è affidata la Cattedra di Patologia Generale nella R. Università di Bologna, mancandogli, nell'anno scolastico, il tempo necessario a svolgere e sviluppare l' intera materia di suo insegnamento, e a farne conoscere i progressi, stima far cosa utile a' suoi discepoli, col dare alle stampe le sue **Prelezioni** dal 1852 ad oggi, acciò abbiano anche un mezzo di studio nelle lunghe vacanze. A facilitarne poi l' acquisto ai Signori Studenti le dette Prelezioni saranno pubblicate in 6 fascicoli al prezzo di L. 1 il fascicolo, e tutte insieme formeranno un Volume di 400 pagine circa. Terminata la pubblicazione ne sarà aumentato di un terzo il prezzo.

Le associazioni si ricevono in Bologna allo Stabilimento Tipografico di Giacomo Monti in Piazza S. Martino N. 1610, e presso Gio. Battista Monti Bidello dell' Università.

Bologna 1 Ottobre 1873.

Condotte Medico-Chirurgiche

Provincia di Forlì. Comune di Mercato Saraceno. — Condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 3000. Concorso fino al 10 Dicembre.

Provincia di Ancona. Comune di Belvedere Ostrense. — Concorso alla condotta medica collo stipendio annuo di L. 2000, alla condotta chirurgica L. 1300, aperto fino al 10 Dicembre.

Provincia di Ravenna. Mandamento di Cervia. Comune di Cervia. — Condotta medico-chirurgica. Stipendio annuo L. 2200. Concorso a tutto il 17 Dicembre.

Provincia di Macerata. Circondario di Camerino. Mandamento e Comune di Visso. — Condotta medica coll'assegno annuo di L. 1900. Concorso fino al 17 Dicembre.

AVVISO

I Fratelli Dottori *Santopadre* Direttori del Giornale „ Il Galvani „ hanno istituito in Bologna (Via di Mezzo S. Martino N. 2738, 1° piano) un GABINETTO D' ELETTRO-TERAPIA.